UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 81

DE LA RUPTURE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

PENDANT LA GROSSESSE

LE TRAVAIL ET LES SUITES DE COUCHES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1913

PAR

E. De FRAMOND

Né à Castillonnès (Lot-et-Garonne, le 5 juin 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse { PUECH, Professeur, *Président.* ; CARRIEU, Professeur ; RICHE, Agrégé ; MASSABUAU, Agrégé } *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

DE LA RUPTURE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

PENDANT LA GROSSESSE

LE TRAVAIL ET LES SUITES DE COUCHES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 81

DE LA RUPTURE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

PENDANT LA GROSSESSE

LE TRAVAIL ET LES SUITES DE COUCHES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 Juillet 1913

ACAD. LUGD.BAT. BIBL.

PAR

E. De FRAMOND

Né à Castillonnès (Lot-et-Garonne, le 5 juin 1886

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

PUECH, Professeur, *Président.*
CARRIEU, Professeur
RICHE, Agrégé
MASSABUAU, Agrégé

Assesseurs

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales .	MM.	GRASSET (O. ✲)
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✲)
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique.		TRUC (O. ✲).
Chimie médicale.		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne.		DUCAMP
Anatomie		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthop		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL.
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.		RAUZIER.
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale. . . .		VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .		LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.		DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.		PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, agr. libr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie . . .		MOURET, Prof. adj.
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. LEENHARDT	MM. DERRIEN
VEDEL	GAUSSEL	MASSABUAU
SOUBEYRAN	RICHE	EUZIERE
GRYNFELTT Ed.	CABANNES	LECERCLE
LAGRIFFOUL	DELMAS (Paul).	LISBONNE, ch. des t.

Examinateurs de la Thèse

MM. PUECH, professeur, *prés.* | MM. RICHE, *agrégé.*
CARRIEU, *professeur* | MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON ONCLE

LE DOCTEUR RAYMOND GUIBAL

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Parce que son exemple m'a fait vivement sentir l'éminente dignité de la vie médicale, très affectueusement.

DE FRAMOND.

A TOUS LES MIENS

DE FRAMOND.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PUECH

Avec l'expression d'une gratitude particulière et ma reconnaissance pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse dont il a été l'inspirateur.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRASSET

En faible témoignage d'une grande admiration très respectueuse

DE FRAMOND.

A M. LE PROFESSEUR GRANEL

Pour l'affectueuse sympathie qu'il veut bien nous témoigner.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PAUL DELMAS

En témoignage de ma reconnaissance.

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES

A MES AMIS

DE FRAMOND.

DE LA RUPTURE

DES

KYSTES DE L'OVAIRE

PENDANT LA GROSSESSE

LE TRAVAIL ET LES SUITES DE COUCHES

INTRODUCTION

En écrivant notre thèse, nous n'avons pas eu la prétention de faire œuvre originale : elle n'est qu'une étude d'ensemble.

Aussi, avons-nous cru devoir adopter les divisions et le cadre classiques.

Dans un premier chapitre, et après un court historique de la question, nous étudierons l'*Etiologie* de la rupture, pendant la grossesse, le travail et les suites de couches, c'est-à-dire, les conditions d'ordre physiologique ou pathologique qui président à la rupture des kystes ovariques au cours de ces trois états, les éléments variables qui la favorisent ou la provoquent.

Après un examen rapide des *causes de rupture indépendantes de l'état gravidique et puerpéral*, nous précise-

rons, dans des paragraphes successifs, quelles de ces causes interviennent de préférence pendant la grossesse, au moment du travail et des suites de couches, par quel mécanisme spécial elles sont mises en jeu.

La rupture une fois survenue, entraîne généralement après elle un tableau clinique de la plus haute gravité, un ensemble symptomatologique plus ou moins fixe, qui réclame de la part du médecin le diagnostic exact de la cause. Notre travail comprendra dans un second chapitre l'étude du *Diagnostic basé sur la Symptomatologie*, quelles sont les conséquences de la rupture une fois constituée. A l'étude de l'*Evolution* et du *Pronostic* sera consacré notre troisième chapitre.

Enfin, étant donné que la rupture au cours de la grossesse, du travail et des suites de couches, peut entraîner, qu'elle entraîne toujours pour la mère, dans certains cas pour l'enfant, des dangers sérieux, qu'elle comporte pour l'un et pour l'autre une morbidité *à peu près constante*, une mortalité *fréquente*, le médecin se demandera quelle ligne de conduite il doit suivre dans cette complication, à vrai dire exceptionnelle ; il recherchera les moyens d'en prévenir les dangers, de les écarter quand ils apparaissent, en un mot, de protéger et de sauvegarder et la vie de la mère et celle de l'enfant : c'est la question du *Traitement* que nous examinerons rapidement.

En quelques lignes de précisions sommaires, nous essaierons de dégager nettement la physionomie générale de notre sujet et les conclusions qu'il nous paraît intéressant de proposer.

HISTORIQUE

La *rupture* est une complication toujours grave *des kystes ovariques.*

La rupture survenant *au cours de l'état gravidique* semble constituer une double complication.

L'histoire de la grossesse compliquée de kyste de l'ovaire ne date guère que du commencement du XIX[e] siècle.

Si depuis cette époque un certain nombre de travaux ont été consacrés à son étude, rares encore sont ceux se rapportant plus particulièrement à la *rupture des kystes ovariques,* soit qu'elle survienne pendant la *grossesse,* pendant le *travail*, pendant les *suites de couches.*

En 1868, *Doumairon* dans sa thèse la signalait brièvement.

Mais c'est en 1875 seulement, que *Nepveu*, dans l'article qu'il publia sur « *la rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine* » (1), signalait cette complication avec quelque insistance.

Pour la *grossesse,* il réunit 9 observations, dont 5 avec mort de la femme.

Pour le *travail*, il cite deux cas heureusement terminés.

---

(1) Ann. de gyn., t. IV. p. 14

Pour les *suites de couches*, enfin, il rapporte 6 cas dont 5 morts.

Successivement dans les traités, les mémoires ou les thèses, *Barnes* (1), de *Sinéty* (2), *P. Cousin* (3), *Grognot* (4), *Osterloh* (5), *Mary Waïte* (6), *Hue* (7), *Mégrat* (8), *Fischel* (9), *Nolting* (10), *Aronson* (11), signalent cette complication redoutable et essaient de déterminer brièvement quelles en sont les conséquences ordinaires.

Rémy dans sa thèse d'agrégation parue en 1886, « *De la grossesse compliquée de kyste ovarique* », consacre quelques pages à la rupture du kyste, sous la rubrique générale « *accidents des kystes pendant la grossesse* » (p. 45-55).

Son travail réunit :

Pour le cours de la grossesse, 19 ruptures.

Pour le travail 15.

Pour la puerpéralité, 12.

Nous n'avons pas à examiner ici les résultats qu'il indique, ou les conclusions qu'il en tire ; nous aurons à les reprendre et à les discuter au cours de notre travail.

Enfin, sauf quelques lignes consacrées de ci, de là dans diverses thèses relatives aux kystes de l'ovaire en

---

(1) The Lancet, 1861, vol. II, p. 105

(2) Manuel prat. de gyn., 1879, p, 612.

(3) Th. de Paris, 1877.

(4) Th. de Paris, 1871.

(5) Arch. de Tocol, 1884, p. 455.

(6) Th. de Paris, 1883.

(7) Th. de Paris, 1883.

(8) De la péritonite pendant la grossesse, (Ann. de gyn., 1885).

(9) Prag. méd. Woschenschrift, 1884, 14-16

(10) Thèse de Berlin

(11) Dissert. inaug. Zürich, 1883.

général, à la rupture kystique pendant la gravidité ; sauf un article de *Cova*, « La rottura delli cisti ovariche in gravidanza, (*in* Annali. di Ost. e gyn., Milano, 1911), il faut arriver au rapport de *MM. Puech et Vanverts*, dernièrement présenté au Congrès de gynécologie et d'obstétrique de Lille (mars 1913), pour trouver une étude un peu détaillée de la rupture survenant au cours de la grossesse, du travail et des suites de couches.

Les auteurs ont pu en réunir, depuis 1886, 55 observations dont :

21, pour la grossesse.

23 (1), au cours du travail.

11, pendant les suites de couches.

C'est en nous basant sur ces cinquante cinq observations, obligeamment communiquées par M. le professeur Puech, que nous avons entrepris le présent travail.

---

(1) On s'étonnera peut être au cours de notre thèse de ne nous voir établir nos conclusions relatives à la rupture pendant le travail que sur 21 observations au lieu de 23, comme nous l'indiquons ici ; c'est que deux observations, celles de Condamin (obs. n° XLIV) et de Tison (obs. n° LV) nous ont paru devoir être rattachées aux suites de couches.

ETIOLOGIE

Pendant la grossesse, le travail et les suites de couches, comme en dehors de l'état puerpéral, il peut se faire dans les parois du kyste des solutions de continuité par lesquelles le contenu des tumeurs se répand soit dans le péritoine, soit dans les organes creux qui sont en rapport avec elles.

Ces solutions de continuité qui atteignent ainsi l'intégrité de la paroi kystique constituent la rupture et avec Duffner, nous distinguerons *la rupture* de *la perforation ;* le mot de rupture éveillant l'idée d'un processus brusque, rapide, brutal ; celui de perforation au contraire, paraissant plus spécialement réservé aux cas où la solution de continuité reconnaît pour cause un processus lent et progressif.

Quoi qu'il en soit, ces solutions de continuité, rupture ou perforation, dont le résultat est au demeurant le même, reconnaissent plusieurs causes.

Ce sont ces causes que nous allons examiner, et, comme nous l'avons indiqué dans notre Introduction, il nous a paru utile de diviser leur étude en quatre paragraphes.

I

CAUSES DE RUPTURE INDÉPENDANTES DE L'ÉTAT GRAVIDIQUE ET DE L'ÉTAT PUERPERAL

Les causes de la rupture des kystes ovariques, en dehors de tout état gravidique ou puerpéral qui semblent encore la favoriser, sont extrêmement nombreuses et variées : leur classification rigoureuse, établie de façon méthodique, est difficile à préciser, d'autant plus qu'un cas donné de rupture peut reconnaître plusieurs causes hiérarchisées, de même qu'une cause déterminée peut amener la rupture par plusieurs processus.

Nepveu rapportait à deux grands groupes les conditions étiologiques des ruptures, les ruptures par *traumatisme*, les ruptures par *altération des parois*.

Cette division déjà ancienne nous paraît arbitraire et insuffisante : nous la rejetterons pour adopter celle de Duffner demeurée classique.

Il convient de distinguer selon cet auteur :

1° Les ruptures traumatiques

a) *par traumatismes externes* (chute, coup sur l'abdomen).
b) *par traumatismes internes* (effort, danse, coït).
c) *par traumatismes chirurgicaux* (ponction, exploration).

2° **Les ruptures spontanées**

a') *par altération des parois* (dégénérescence, gangrène, végétations papillaires (1)

b') *par augmentation de pression intrakystique* (excès de liquide, végétations intrakystiques, hémorragie, suppuration (2), torsion (3).

3° **Les ruptures mixtes**

qui relèvent des divers mécanismes précités : la rupture préparée par une altération des parois est par exemple déterminée par un traumatisme.

Les auteurs signalent enfin comme élément à considérer dans le mécanisme de la rupture et son étiologie :

L'âge de la malade ;

Le volume de la tumeur ;

La nature de la tumeur.

Tels sont brièvement résumés les divers éléments étiologiques par lesquels s'explique la rupture ou la perforation des kystes ovariques *en dehors* de l'état gravidique. Nous en avons cru cet exposé nécessaire.

Bien souvent et sans qu'il faille aller plus loin, nous trouverons là, en effet, les raisons suffisantes pour nous

---

(1) La plus fréquente dans cet ordre d'idées, signalées par Sinety en 1879, et sur laquelle vient d'insister dans une communication récente le professeur Tédenat.

(2) et (3) Il convient de rappeler ici que ces deux processus agissent par le double mécanisme de l'augmentation de pression et de l'altération des parois.

expliquer la rupture pendant les trois états qui font l'objet de notre étude.

Nous le signalerons pour chacun d'eux; quelquefois il ne nous semblera retrouver aucun de ces éléments à l'origine de la rupture du kyste, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, soit pendant les suites, ou plutôt ces éléments se présenteront à nous sous un aspect un peu particulier que nous essaierons de déterminer.

Brièvement nous établirons un parallèle schématique entre ces différentes éventualités.

II

LES CAUSES DE RUPTURE PENDANT LA GROSSESSE

1° *Fréquence.* — La rupture des kystes ovariques ou parovariques constitue une complication *rare* de la grossesse.

Rémy, en 1886, en avait recueilli 19 cas.

Notre étude ne porte que sur 21 cas réunis et publiés depuis 1886. La proportion des observations où cette complication se rencontre pendant la grossesse (2 °/₀ [Puech et Vanverts] à 3,5 °/₀ [Williams]) est semblable ou à peine légèrement supérieure à celle qui s'observe en dehors de la gestation, 2,5 °/₀, d'après Williams.

2° *Age.* — Il ne semble pas que l'*âge* de la malade ait une influence bien nette et que l'on puisse tirer quelque éclaircissement bien précis du tableau que nous avons dressé, sinon que la rupture survient évidemment de

préférence entre 20 et 30 ans, époque qui est aussi la plus favorable à la gestation (1).

De 15 à 20 ans...								
De 20 à 30 ans...	25	25	26	27	29	29	30	7 cas
De 30 à 40 ans...	31	34	36	37				4 cas
De 40 à 50 ans...								
Ages inconnus..								10 cas

3° *Parité*. — La rupture est survenue

4 fois chez une primipare ;
7 — — multipare ;
10 — cas inconnus.

4° *Volume de la tumeur*. — L'examen du *volume* de la tumeur ne nous a donné aucune indication précise, les observations fournissant rarement des renseignements suffisamment nets sur cette question ; pourtant les auteurs penchent à admettre que les gros kystes sont plus exposés à la rupture.

5° *Nature*. — Pour ce qui est de la *nature* de la tumeur, il semble que les kystes mucoïdes soient ici infiniment plus fréquents que les kystes dermoïdes, ceux-ci parais-

(1) La fréquence absolue de la rupture en dehors de l'état puerpéral augmenterait au contraire jusqu'à la période qui s'étend de 40 à 50 ans (Duffner).

sant reprendre une supériorité numérique relative dans les ruptures au cours du travail. Au surplus, les indications que nous fournissons ultérieurement sur l'influence du siège de la tumeur nous fixeront sur ce point et nous aideront à mieux interpréter cette différence.

Sur 21 cas observés, nous rencontrons :

Kyste mucoïde	15 fois
Kyste dermoïde	3 fois
Kyste parovarique	1 fois
Cas inconnus	2 fois

6° *Epoque de la grossesse.* — C'est dans les premiers mois que, suivant Nepveu, la rupture aurait toujours lieu. « Lorsque la tumeur ovarique, dit cet auteur (1), est située dans la cavité du bassin, elle entrave le développement de l'utérus, le déplace et devient plus tard un cas de dystocie. D'autres fois, elle se rompt ; la raison s'en comprend facilement : ces deux tumeurs se gênent dans l'étroite filière du bassin, et, chose remarquable, *c'est toujours à cette période*, lorsque l'utérus est confiné comme le kyste dans le petit bassin que la rupture a lieu. »

Selon Puech et Vanverts, déjà cités, l'examen des observations ne corrobore pas cette opinion (2).

---

(1) Nepveu, *loc. cit.*, p. 16.

(2) Duffner, dans sa thèse, rapporte, de la même façon, 5 cas de rupture kystique pendant la grossesse. La rupture s'est produite

2 fois	dans le	3e	mois	de la grossesse
2	—	5e	—	—
1	—	6e	—	—

La rupture s'est, en effet, produite

3	fois	dans le	1er	mois de la grossesse
3	—		2e	— —
1	—		3e	— —
1	—		4e	— —
2	—		5e	— —
2	—		6e	— —
1	—		7e	— —

1 fois près du terme.

7 fois à une époque indéterminée.

7° *Mécanisme ordinaire de la rupture pendant la grossesse.* — C'est qu'en effet la rupture au cours de l'évolution d'une grossesse, se peut réaliser par un mécanisme physiologique différent, et cela selon le siège de la tumeur, c'est-à-dire selon que *la tumeur est ou non pelvienne*, selon que l'utérus est encore ou n'est plus un organe pelvien.

Un kyste *pelvien* se rupturera plutôt dans les tout premiers mois de la grossesse.

Un kyste *abdominal* se rompra de préférence à partir de l'époque où l'utérus gravide aura quitté le pelvis.

Au début de la grossesse, un kyste plus considérable, contenu dans l'excavation, peut être comprimé entre les parois osseuses du bassin et l'utérus dont le volume augmente progressivement, et éclater.

Mais, dans les derniers mois, l'utérus se développant dans l'abdomen, à côté d'un kyste ovarique, si la rupture brusque n'est guère à redouter en dehors des traumatismes extérieurs toujours possibles, grâce à la souplesse et à l'extensibilité de la paroi abdominale, elle peut survenir du fait de la grossesse, par un mécanisme un peu spécial.

Le frottement perpétuel qui s'exerce progressivement entre la tumeur et l'utérus en voie d'ascension détermine des poussées de péritonite locale : la paroi relativement mince du kyste voit encore sa résistance diminuée par ces altérations, et elle se rompt sous l'influence de la pression exercée par l'utérus gravide.

Enfin un élément de congestion vient encore s'ajouter à cela, congestion née des relations vasculaires du kyste avec le système génital, et qui aurait pour résultat une augmentation de tension et un ramollissement des parois *(Thibault)*.

Tel est le mécanisme complexe et bien spécial qui caractérise le mode de rupture des kystes ovariques pendant la grossesse et *du fait de la grossesse*.

Nous ne ferons que signaler la théorie de ceux qui prêtaient à la grossesse une influence accélératrice sur le développement des kystes de l'ovaire, et voyaient là une condition de rupture spéciale à l'état gravidique.

A l'heure qu'il est on ne peut guère retenir cette explication, puisqu'il est « actuellement impossible d'affirmer que la grossesse accélère ou retarde le développement des tumeurs ovariques ou parovariques (1) ».

Ces considérations établies, nous en arrivons, comme nous le ferons ensuite pour chaque partie de notre sujet, à l'étude pure et simple des documents que nous avons entre les mains.

---

(1) Puech et Vanverts, *loc. cit.*

XXI CAS DE RUPTURES PENDANT LA GROSSESSE

Observations du n° I au n° XXI

I. Ruptures relevant des causes indépendantes de la grossesse.

1° Ruptures traumatiques

Ponction antérieure (1)	1 cas.
Examen (2)	1 —
Nettoyage de la paroi abdominale (3)	1 —

2° Ruptures spontanées

Altération des parois par végétations papillaires (4)	2 —
Suppuration du kyste (5)	1 —
Torsion du pédicule (6)	4 —
Total	10 cas.

II. Ruptures dont la grossesse paraît être la cause essentielle (7) ..... 6 cas.

III. Cas de ruptures ou manquent les renseignements (8) ..... 5 cas.

---

(1) Mowat, obs. XV.
(2) Dun, obs. VI.
(3) Löhlein, obs. X.
(4) Moulonguet, obs. XIV ; Rosenstein, obs. XVIII.
(5) Martin, obs. XII.
(6) Cazin, obs. IV ; Lea, obs. IX ; Morestin, obs XIII ; De Francesco, obs. VII.
(7) Budin, obs. II et III ; Graefe, obs. VIII ; Martin, obs. XII ; Toth, obs. XIX ; Weisswange, obs. XXI.
(8) Barrett, obs. I ; Cova, obs. V ; Polak, obs. XVI ; De Prewitt, obs. XVII ; De Wattaraï, obs. XX.

Soit en résumé :

a) Ruptures relevant de causes étrangères à la grossesse. 6 fois.
b) Ruptures reconnaissant la torsion pédiculaire pour cause..... 4 fois.
c) Ruptures reconnaissant la grossesse pour cause..... 6 fois.
d) Ruptures sans renseignements..... 5 fois.

Si nous avons ainsi dans ce tableau séparé la torsion du groupe (*a*), pour en faire comme un intermédiaire entre lui et le groupe (*c*), c'est pour attirer l'attention du lecteur sur ce fait que la grossesse est elle-même une cause fréquente de la torsion pédiculaire : la grossesse apparaît ici encore comme le *primum movens*.

La grossesse provoque la torsion.

Le torsion provoque la rupture.

8° *Conclusion*. — La conclusion de tout cela se dégage sans peine.

En dehors des *causes étrangères* à la grossesse, mais qui peuvent même pendant la grossesse, provoquer la rupture (37 0[0 des cas).

La grossesse elle-même par un mécanisme qui lui est propre conduit à la rupture (63 0[0).

Le processus qu'elle favorise participe des trois ordres de causes que nous avons admises : traumatismes, altération des parois, augmentation de pression.

On pourrait donc dans la classification générale ranger cette rupture parmi les ruptures mixtes.

III

Les causes de rupture pendant le travail

1° *Fréquence* — La rupture des kystes ovariques ou parovariques pendant le travail est relativement une complication fréquente si l'on considère que Mc. Kerron en ajoutant les observations recueillies par lui à celles de Playfair, en compte 15 cas, que notre étude porte sur 21 faits postérieurs à 1885, et si l'on tient compte du temps où ce produit cette rupture, c'est-à-dire à un moment où les accidents survenus au cours de la grossesse ont déjà mis hors de cause un grand nombre de tumeurs kystiques.

De toutes les complications qui peuvent, par suite de la dystocie pelvienne constituée par le kyste, venir compliquer le travail, c'est aussi la plus fréquente puisqu'on ne trouve signalée, contre ces 21 cas, la rupture utérine que 5 fois seulement, l'ascension de la tumeur 10 fois, l'aplatissement 2 fois, la descente du kyste au-devant de la partie fœtale, 18 fois (1).

2° *Volume*. — On pourrait *à priori* penser que plus la tumeur est *volumineuse*, plus elle a de chances de se rompre ; c'est le contraire qui a lieu.

Et, en effet, c'est surtout parce qu'ils produisent une

---

(1) Puech et Vanverts, Rap. de Lille.

angustie de la filière pelvigénitale que les tumeurs ovariques, comprimées au moment du travail, c'est-à-dire des tentatives d'engagement ou des efforts destinés à amener la descente, entre le pelvis et la présentation qui tend à descendre, éclatent. Or, ces kystes qui siègent ainsi dans l'excavation sont de médiocre volume, les gros kystes abandonnant le petit bassin et gagnant la cavité abdominale

De même les très petites tumeurs pelviennes n'apportent guère d'entrave au passage du fœtus : elles se rupturent rarement.

Nous avons relevé 5 cas où les dimensions de la tumeur ovarique rupturée se trouvaient indiquées ; les dimensions sont comparées :

A celles d'un poing.	2	fois
— d'un œuf d'oie . . .	2	fois
— d'une tête fœtale . . .	1	fois

3° *Siège*. – Nous avons fait déjà deviner le *siège* habituel que vont occuper ces kystes rompus au cours du travail; ils sont généralement situés dans l'excavation, placés au devant de la partie fœtale lorsque celle-ci cherche à pénétrer dans la filière pelvienne. Les kystes qui se rompent au cours du travail sont les kystes intrapelviens, ce sont les kystes prævia.

Pour nos 21 observations, nous trouvons nettement indiqués :

Kystes intrapelviens.	15	fois
Kyste abdominal	1	fois
Le siége n'est pas précisé . . .	5	fois

4° *Nature*. — Il est facile de comprendre maintenant pourquoi la proportion des *kystes dermoïdes* rupturés est ici plus grande que partout ailleurs. (Nous rencontrons en effet nettement spécifié 6 fois un kyste dermoïde).

Cette fréquence s'explique tout naturellement si l'on se rappelle que ces tumeurs, d'ordinaire de médiocre volume, restent volontiers dans l'excavation pelvienne sans tendance à s'élever au-dessus du détroit supérieur.

Les kystes mucoïdes abdominaux pelviens sont après eux les plus exposés aux ruptures.

Signalons enfin que les kystes adhérents sont plus exposés à la rupture que ceux pédiculés ou libres d'adhérences.

Les divers éléments étiologiques, une fois établis, il est facile de s'expliquer le mécanisme de la rupture au cours du travail.

5° *Le travail, cause essentielle de la rupture*. — Nous supposons donc que le kyste, souvent dermoïde, de volume moyen, fixé par des adhérences, produit une obstruction étroite de la filière pelvienne. Le travail est déclaré.

Poussée par les contractions de l'utérus, la partie fœtale cherche à pénétrer dans l'excavation ; elle comprime la tumeur, qui trop consistante pour s'amoindrir, retenue par des adhérences trop courtes, coincée entre les plans résistants du bassin et la présentation, ne peut ni remonter au-dessus du détroit supérieur, ni s'aplatir.

La rupture est inévitable.

Ajoutez à celà que pour les kystes dermoïdes, comme l'indiquent les auteurs, les os, les dents qu'ils contiennent peuvent presser sur la paroi du kyste ; leurs surfa-

ces aiguës contribueront à assurer la déchirure des parois traumatisées.

Il convient ici d'ajouter que malgré l'extrême fréquence avec laquelle on les rencontre, les kystes pelviens ne sont pas les seuls susceptibles de se rompre pendant le travail.

Quoique très rarement les kystes abdominaux à parois amincies, ou ceux qui présentent un prolongement intra-pelvien, serrés entre les parois rigides du bassin et la tête fœtale, peuvent éclater.

Tous les auteurs signalent cette éventualité possible.

Le mécanisme physiologique, si l'on peut ainsi parler, que nous venons de signaler, constitue ce que nous sommes convenu d'appeler *le mode étiologique spécial de la rupture pendant le travail.*

Mais souvent il arrive que la présentation demeurant au-dessus du détroit supérieur, ou bien les contractions utérines devenant paresseuses, le conflit n'est pas engagé entre la présentation et la tumeur.

La rupture ne se produira pas spontanément, pas plus d'ailleurs que l'accouchement.

Le médecin intervient ; il intervient généralement par une tentative d'extraction du fœtus, soit par une tentative de refoulement ou de réduction de la tumeur.

Souvent, au cours de ces manœuvres, la tumeur se rompt ; nous rangerons ces cas parmi *les ruptures dues à des traumatismes chirurgicaux.*

Encore convient-il de signaler que ce mécanisme provoqué ne fait qu'imiter le mécanisme physiologique de la rupture causée par le travail.

XXI CAS DE RUPTURES PENDANT LE TRAVAIL

Observations du n° XXII au n° XLIII

I. Ruptures relevant de causes indépendantes du travail.

Traumatismes chirurgicaux

Manœuvres de refoulement (1)	2 cas.
Applications de forceps (2)	6 —
Craniotomie (3)	2 —
Version interne (4)	4 —

II. Ruptures dont le travail paraît être la cause essentielle (5) ..... 7 —

Soit en *résumé* :

Ruptures relevant du traumatisme chirurgical..... 14 fois.
Ruptures reconnaissant le travail pour cause..... 7 fois.

---

(1) Bacon, obs. XXII ; Norris, obs. XXXV.

(2) Schnell, obs. XXXVIII ; Thiers, obs. XL ; Holmes, obs. XXVIII ; Jardine, obs. XXX ; Jewett, obs. XXXI ; Riemann, obs. XXXVII.

(3) Benkiser, obs. XXII ; Fischer, obs. XXV.

(4) Schwarz, obs. XXXIX ; Jackson, obs. XXIX ; Marx, obs. XXXIV ; Raw, obs. XXXVI.

(5) Braun, obs. XXIV ; Hofmeier, obs XXVI ; Hofmeier, obs. XXVII ; Kleinertz, obs. XXXII ; Mangiagalli, obs. XXXIII ; Trillat, obs. XLI ; Voron, obs. XLII.

6. *Conclusion.* — Les causes étrangères au travail interviennent rarement dans la rupture des kystes pendant le travail.

Le travail lui-même, soit spontanément, soit par les interventions que sa marche défectueuse nécessite est une cause fréquente de rupture.

IV

Les causes de rupture pendant les suites de couches

1) *Fréquence.* — La rupture d'un kyste ovarique constitue une *complication exceptionnelle* des suites de couches ; et qu'elle soit ainsi beaucoup plus rarement signalée que la suppuration ou que la torsion pédiculaire, cela est facile à concevoir puisque, et nous aurons tout à l'heure à y revenir, la rupture n'est fréquemment que la suite logique de la suppuration et de la torsion, complications suffisantes déjà par elles-mêmes à expliquer l'intervention qui préviendra la rupture.

C'est ainsi que nous avons pu réunir 13 observations contre 52 torsions et 53 suppurations rapportées par MM. Puech et Vanverts, pour un total de 1117 kystes ovariques compliquant la grossesse.

Pas plus ici que pour la grossesse et pour le travail, l'étude de l'*âge* et de la *parité* ne donne de résultats bien concluants.

2) *Volume.* — Le *volume de la tumeur* ne paraît exercer aucune influence bien précise ; il semble cependant que

son développement exagéré demande à être mis au rang des causes prédisposantes (1).

C'est ainsi que Spencer (obs. n° LIV) signale l'existence d'un volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire, d'une capacité de *15 litres*, qui n'était ni adhérent ni tordu, et qui s'était rompu en trois places.

« Ce kyste était exclusivement abdominal et ne présentait pas de prolongement pelvien ».

3) *Siège.* — Le kyste était exclusivement *abdominal*, spécifie bien nettement Spencer ; il en est presque constamment ainsi dans les cas de rupture pendant les suites de couches.

Un kyste *pelvien*, généralement *dermoïde*, obstruant la filière pelvienne, aura fait sa rupture pendant le travail comme nous l'avons précédemment indiqué.

4) *Nature. -- Kyste abdominal, kyste mucoïde*, voilà le kyste que menace la rupture des suites de couches.

C'est ainsi que nous relevons, sur 13 cas, dont il est difficile pour deux de préciser bien exactement si la rupture n'est pas survenue au cours du travail lui-même (2 kystes abdomino-pelviens-dermoïdes) :

Kystes abdominaux	9
Kystes mucoïdes	9
Inconnus	2

5) *Epoque de la rupture.* – Quand va maintenant survenir cette rupture ?

---

(1) « Il faut tenir compte tout particulièrement de la pression exercée par le fait de l'augmentation de volume de la tumeur » (Rémy, p. 48).

Le délai est assez variable, et ce délai varie très nettement selon que la rupture est consécutive à tel ou tel mécanisme.

Elle peut se faire peu de temps après l'accouchement ou tardivement, tout au long d'une période que nous voyons varier de quelques heures à plusieurs jours.

Dans l'observation n° L de Lawrence, l'auteur signale que le kyste « avait dû s'élever en même temps que la matrice, qu'il avait contracté des adhérences, et qu'il s'était rompu à l'occasion de l'involution, du retrait de l'utérus ».

En revanche, à côté de cette rupture qui paraît contemporaine de la délivrance, King a publié l'observation d'une femme dont le kyste, ponctionné pendant l'accouchement et suppuré, s'ouvrit 42 jours plus tard dans le rectum avec lequel il avait contracté des adhérences (obs. n° XLVII).

6) *Les suites de couches, cause essentielle de la rupture.* — Pour les cas de rupture très précoce, survenant presque immédiatement après la délivrance, quand elle n'en est pas contemporaine, voire même sans qu'il soit possible de la déterminer survenue au cours du travail, on doit incriminer l'*action traumatisante de l'accouchement* s'exerçant très souvent sur une paroi kystique déjà altérée.

D'autrefois et c'est une éventualité fréquente, la rupture ne nous apparaît que comme un degré ultime dans la série *des complications* à redouter après l'accouchement.

Fréquemment les suites de couches en cas de tumeur de l'ovaire, peuvent être troublées par de nombreux accidents qu'elles favorisent ; la *suppuration du kyste*, la *torsion du pédicule de la tumeur*, la *gangrène du kyste*,

toutes complications sérieuses, mais dont l'aboutissant, si le chirurgien n'intervient pas auparavant, en amenant une altération des parois de la tumeur, ou en produisant une augmentation de pression intrakystique, est nécessairement la rupture (1).

Il convient de faire une place privilégiée à la *torsion*.

Favorisée par la mobilité que donne à la tumeur le dégagement de l'abdomen dont les parois demeurent distendues, elle comprime les vaisseaux veineux : le sang qui continue à affluer vers le kyste par les artères détermine une congestion plus ou moins intense avec exsudation de sérum et extravasation du sang dans le kyste; c'est le mécanisme de la rupture par hémorragie intrakystique, qui est aidé, s'il ne suffit pas, par l'altération des parois pouvant aller jusqu'à la gangrène : la poche cède aux points sphacélés. La rupture est constituée.

Enfin « Condamin a attiré l'attention sur le rôle des *adhérences* (2) qui au cours de la grossesse peuvent s'établir entre le kyste et la face inférieure du foie ».

« Dans la grossesse l'utérus repousse le kyste en haut et l'applique contre la face inférieure du foie: survienne

---

(1) L'inflammation du kyste est une cause fréquente de rupture, mais c'est surtout pendant la puerpéralité qu'on voit se produire cette rupture des kystes qui se sont enflammés à la suite des contusions qu'ils ont supportées pendant le travail de l'accouchement ; tandis que nous ne connaissons pas d'exemple d'inflammation primitive d'un kyste pendant la grossesse entraînant la rupture du kyste. A la suite du traumatisme le kyste s'enflamme, le ramollissement de la paroi entraîne la rupture, et le contenu, mélange plus ou moins abondant de liquide kystique, de pus, de sang, de matières solides s'épanche soit dans la cavité abdominale, soit dans la cavité d'un viscère voisin. (Th. Rémy. p. 46).

(2) Thèse de Lyon. Lafont, 1901.

alors des causes susceptibles de provoquer la péritonite plastique périkystique, qui elle-même entraîne la production d'adhérences, et l'adhérence au foie est effectuée » (Condamin).

Ces adhérences hépatiques ne donnent guère lieu à des troubles au cours même de la grossesse parce que le kyste se trouve soutenu par l'utérus gravide.

Mais après l'accouchement, la tumeur se trouve, par suite de l'involution utérine, attirée en bas (Cf. Lawrence, obs. L.).

Ses parois sont ainsi plus ou moins tendues entre le foi et le pédicule : une rupture peut s'en suivre (Condamin, obs. XLIV).

Les 13 observations dont nous disposions, qui ne signalent comme cause déterminante aucun élément nettement indépendant des suites de couches, sont venues confirmer les données théoriques que nous avons cru nécessaire de développer, par les résultats suivants :

XIII CAS DE RUPTURES PENDANT LES SUITES DE COUCHES

Observations du n° XLIII au n° LV

I. Ruptures relevant de causes indépendantes du post partum ..... 0 cas.

II. Ruptures dont le post partum apparait comme la cause déterminante.

Volume de la tumeur (1)	1 —
Torsion (2)	4 —
Suppuration (3)	3 —
Adhérences (4)	3 —
Inconnus	3 —

(1) Obs. LIV.
(2) Obs. XLV, XLIX, XLIII, XLVIII.
(3) Obs. XLVII, LII, LV.
(4) Obs. XLIV, LIII, L.

DIAGNOSTIC BASÉ SUR LA SYMPTOMATOLOGIE

1° Pendant la grossesse

Le diagnostic de la rupture des kystes de l'ovaire ou du parovaire au cours de la grossesse s'établit dans des conditions très différentes, selon que la présence du kyste est elle-même une complication de la grossesse ignorée ou connue.

Si la coexistence de la tumeur et de la grossesse a été reconnue antérieurement, l'apparition des troubles qu'engendre la rupture permet à un esprit déjà en éveil d'en déceler la cause ou du moins d'en localiser le siège.

Quand, au contraire, l'existence de la tumeur est ignorée de l'observateur, le diagnostic de la rupture se trouve compliqué.

Les erreurs de diagnostic sont faciles dans ces conditions ; mais, à dire vrai, elles n'ont pas d'ordinaire de fâcheuses conséquences : les troubles généralement graves qui se développent du côté du ventre, qu'ils soient dus à une rupture kystique au cours de la grossesse ou même à une lésion d'ordre tout à fait différent entraînent la nécessité d'une intervention urgente, et, le ventre ouvert,

l'opérateur peut reconnaître la nature exacte de l'affection et opposer à celle-ci le traitement approprié.

Nous ne mentionnerons que pour mémoire, et en signalant leur caractère tout à fait exceptionnel, les cas où la rupture du kyste ne s'est accompagnée d'aucune manifestation symptomatique, ne s'est manifestée par aucun trouble.

Il est pourtant bon que l'esprit ne les perde point de vue.

Cette absence de réaction péritonéale ne vient pas de la rupture extrapéritonéale du kyste. Elle dériverait de la nature du kyste et de son contenu.

Les deux observations de Budin (Obs. n° II et n° III), sont, en effet, il semble, relatives à des kystes parovariques ; celle de Moulonguet (Obs. n° XIV) concerne bien un kyste de l'ovaire.

Nous nous tenons ici éloignés de toute considération d'anatomie pathologique, mais nous pouvons bien indiquer qu'il y aurait peut-être lieu, dans ce cas, de faire intervenir le degré variable de toxicité des kystes ovariques.

H. Lefèvre, de Bordeaux (Gyn., 16e année, décembre 1912), fait dériver la toxicité de la torsion pédiculaire, torsion qui favoriserait en même temps l'hémorragie et l'infection ; et Moulonguet prend bien soin, dans son observation, de signaler qu'il n'est pas permis d'invoquer comme cause de rupture la torsion du pédicule. « La torsion, dit-il, était sans doute due à une érosion produite par une des végétations papillaires ; il n'est possible d'invoquer ni le traumatisme, ni la torsion du pédicule. »

Symptomatologie habituelle

a) *Le kyste est ignoré.* — Mais en dehors de ces cas exceptionnels, la rupture du kyste pendant la grossesse se signale par une série de symptômes et de signes constants :

Douleur subite abdominale quelquefois précédée de douleurs prodromiques, reconnaissant pour cause par exemple la torsion pédiculaire (1) ; sensation de déchirure accompagnée de syncope et de vomissements alimentaires ou bilieux.

Les extrémités sont froides ; le visage est anxieux ; la respiration courte, la peau froide ; le pouls petit et insensible bat aux environs de 100 ; la température peu élevée oscille entre 37°2 et 38°2.

« Il y a quinze jours, à six mois et demi de grossesse, la malade fut prise de violentes douleurs dans le ventre et plus particulièrement à droite ; elle eut en même temps et durant quelques jours des vomissements alimentaires puis bilieux ; enfin le ventre devint très tendu et très sensible à la pression. Ces accidents s'accompagnèrent de fièvre et de frissons. » (Albert Martin, Obs. n° VII).

Le mardi matin, aussitôt après une selle qui nécessita

---

(1) Morestin (Obs. XIII.) Les premiers accidents survenus au cours d'une promenade en tramway sont en rapport avec l'établissement de la torsion. L'aggravation subite des phénomènes à la suite d'efforts de défécation est imputable à la rupture.

de violents efforts, la malade est prise subitement d'une violente douleur dans le bas-ventre, se trouve mal ; peu après elle commence à vomir de la bile. Depuis ce moment son état a été sans cesse en s'aggravant. Elle n'a pu reposer un instant sans être tourmentée par des nausées, des vomissements verdâtres, des douleurs par tout le ventre. Sous nos yeux elle se livre encore à de pénibles efforts nauséeux, suivis de régurgitation de bile. Une rapide exploration nous montre tout d'abord que les extrémités sont froides, le pouls radial insensible. (Morestin, Obs. n° XIII) (1).

Parfois l'hémorragie abondante qui se fait du côté du kyste est la cause de la petitesse du pouls (2).

Ainsi le tableau clinique nous apparaît toujours sensiblement le même ; il peut aiguiller vers le diagnostic : tel quel, il ne permet guère à lui seul de le fixer de façon péremptoire et définitive.

b) *Le kyste est connu.* — Que si la tumeur dont on avait constaté antérieurement l'existence n'est plus perceptible les choses se trouvent de ce fait singulièrement simplifiées, éclairées par les *symptômes locaux* que notre connaissance antérieure du kyste nous permet de reconnaître et d'interpréter.

---

(1) Signalons aussi, comme il arrive pour la rupture en dehors de la grossesse, que l'urine de la malade peut présenter la réaction des peptones (Düffner. Th.).

Des urines copieuses, une salivation abondante peuvent éliminer les liquides (Rémy. Thèse).

(2) Morestin, dans le cas qu'il a publié, pensa nettement à une hémorragie interne ; il crut que la rupture d'une trompe gravide était la source de cette inondation péritonéale. Le kyste enlevé, tordu et rupturé, il constata, en effet, l'existence d'énormes foyers hémorragiques tout récents.

Telle la malade de Duncan (Obs. VI), chez qui la tumeur disparut subitement sous la main pendant un examen, et qui fut prise d'une violente douleur abdominale et de collapsus. La paroi abdominale est molle, dépressible, ou au contraire, « très tendue et très sensible à la pression. » (Martin, Obs. nº XII).

On ne sent plus le globe formé par le kyste.

A la percussion, la région que l'on avait antérieurement trouvée mate est devenue sonore ; on constate quelquefois de la matité dans les flancs, et cette matité est mobile. « Si le kyste occupait la fosse de Douglas, on ne trouve plus la tumeur qui faisait bomber le cul-de-sac postérieur du vagin » (Rémy).

Telles sont sommairement exposées et groupées les notions que nous croyons pouvoir être utiles au diagnostic de la rupture kystique pendant la grossesse, et qui nous sont toutes fournies par les 21 observations réunies par les divers observateurs de 1886 à nos jours.

Diagnostic différentiel. — Il nous reste à mettre en garde le lecteur contre les erreurs les plus communes et les plus faciles de diagnostic.

Si, comme nous l'avons déjà signalé, la disparition de la tumeur antérieurement constatée constitue un signe de premier ordre, l'absence de tuméfaction abdominale rend le diagnostic particulièrement malaisé quand le médecin ignore l'existence antérieure de la tumeur.

La rupture d'*une grossesse extra-utérine*, d'une *salpingite purulente*, d'un *organe abdominal quelconque*, présente de nombreux points de similitude avec la rupture d'un kyste ovarique.

L'*occlusion intestinale* qui détermine tout comme la rupture kystique, des douleurs violentes, des vomisse-

ments, du ballonnement du ventre, de la fréquence et de la petitesse du pouls, s'en distingue par l'arrêt complet des gaz et des matières et par l'apparition rapide de vomissements fécaloïdes.

L'Appendicite, avec sa localisation à droite, son plastron, l'absence de toute mobilité de la tuméfaction, la fièvre intense n'expose guère à la confusion. Celle-ci sera possible en cas d'appendicite d'emblée perforante avec réaction péritonéale.

Enfin la rupture peut être diagnostiquée *Torsion*. La constatation d'une tumeur circonscrite indépendante de l'utérus gravide sera, si elle est possible, en faveur de la torsion. « Dans la torsion, la tumeur, loin de diminuer, augmente le plus souvent (Mouls) ».

La malade peut enfin présenter de l'ascite ; après avoir recherché dans l'histoire de la malade les symptômes d'une rupture et dans son état général la cause de l'ascite, s'il reste des doutes, il faudra avoir recours à la ponction et à l'examen du liquide péritonéal.

Telles sont, très brièvement exposées, les difficultés diagnostiques parfois insurmontables auxquelles se heurte le médecin, surtout, en l'ignorance du kyste, et fréquemment le diagnostic opératoire précèdera le diagnostic nosologique.

Tableau N° 1

DIAGNOSTIC PENDANT LA GROSSESSE

I. Le kyste est connu			8 fois
La rupture est	diagnostiquée		6 fois
	prise pour *torsion*		2 fois
II. Le kyste est ignoré			6 fois
La rupture est	diagnostiquée		1 fois
	prise pour	enclavement d'une tumeur (?).	1 fois
		grossesse extra-utérine rompue, puis diagnostic suspendu	1 fois
		péritonite	1 fois
		gross. extra-utérine rompue	1 fois
III. Cas douteux			7 fois

II. Pendant le Travail.

Nous avons insisté, dans les considérations étiologiques précédentes, sur ce fait que les kystes pelviens sont prédestinés de par leur situation dans la filière pelvienne et le mécanisme normal, de l'engagement et de la descente, à la rupture par écrasement au cours du travail.

Nous avons signalé pourtant que les kystes abdominaux à parois amincies ou les kystes abdominaux à prolongement pelvien, pouvaient, eux aussi éclater sous l'action des contractions des muscles abdominaux.

Nous allons voir que les difficultés de diagnostic varient sensiblement avec les différences de siège.

Symptomatologie habituelle.

a) *Le kyste est ignoré.*— La rupture de kystes abdominaux au cours du travail est d'un diagnostic difficile sinon impossible, lorsque la présence du kyste n'a pas été vérifiée pendant la gestation.

Il en est de même d'un kyste pelvien de volume insuffisant pour apporter un obstacle à la descente de la partie engagée, et qu'un toucher trop rapide n'aura pas découvert.

En ces éventualités diverses, les phénomènes péritonéaux successifs, phénomènes d'ailleurs variables, comme nous aurons à y revenir tout-à-l'heure, peuvent mettre sur la voie du diagnostic, mais ils exposent plus sûrement à celui de péritonite puerpérale.

En fait, notre tableau établit que dans 4 cas où le kyste était demeuré ignoré jusqu'à sa rupture, 4 fois cette complication ne fut pas diagnostiquée.

b) *Le kyste est connu.*— Quelquefois, 4 fois dans notre statistique, le kyste pelvien a pu être reconnu avant le début du travail.

Le plus souvent (10 fois), sa situation intra-pelvienne faisant obstacle à la descente ou même à l'engagement, la lenteur du travail attire l'attention de l'accoucheur ; un toucher vaginal consciencieux lui fera généralement reconnaître l'existence d'une tumeur bloquant le pelvis, et dans la plupart des cas le diagnostic s'imposera de kyste de l'ovaire.

Dans ces conditions, la religion du chirurgien sera facilement éclairée.

La *disparition subite de la tumeur* qu'il a préalablement touchée du doigt, la levée brusque de l'obstacle à la marche normale de l'accouchement, constituent une des premières manifestations de la rupture du kyste.

Il s'y ajoute fréquemment, comme dans tous les cas de rupture, en dehors de la puerpéralité, une douleur très violente, une sensation de déchirure intérieure.

Pourtant cet élément quelquefois utile de diagnostic n'est rapporté que deux fois sur nos 20 observations ; mention n'en est nullement faite pour les 18 autres ; sans doute la douleur due à la rupture se confond-elle avec celle provoquée par la contraction utérine; elle peut même manquer et être remplacée par une sensation de bien-être et de calme qui rappelle ce qui s'observe pour certaines ruptures utérines.

Schnell signale bien cet état euphorique dans son observation (obs. n° XXXVIII), mais il paraît indiqué de faire là-dessus des réserves, du fait que la femme dont s'agit fut piquée fréquemment à la morphine.

Après l'expulsion du fœtus, l'exploration ne permet pas de retrouver la tumeur, pas plus dans l'excavation que dans la cavité abdominale, pas plus par la palpation que par le toucher.

Dans une observation de *Fischel*, rapportée dans la thèse de Rémy, plus haut déjà citée, il est dit qu'on pouvait sentir du liquide libre dans le ventre.

A ces phénomènes immédiats, de constatation facile, et généralement décisifs, succèdent à plus ou moins bref délai des phénomènes variables, des altérations plus ou moins sensibles de l'état général, en rapport avec la manière dont le péritoine se comporte à l'égard de

l'épanchement du liquide, tantôt symptômes de péritonite aiguë et rapidement généralisée avec sensation d'oppression à l'épigastre, difficulté respiratoire, augmentation de la fréquence du pouls, perte des forces, traits tirés, faciès excavé, orbites creusés, yeux grand ouverts ; tantôt symptômes de péritonite localisée.

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic différentiel devra surtout être fait avec la *péritonite puerpérale ;* il devra l'être quelquefois avec les accidents divers que nous avons signalés au cours de la grossesse.

Il faudra songer aussi à l'*hémorragie intrapéritonéale* survenant pendant l'accouchement par rupture d'une veine utérine, telle l'observation de Langes où la malade fut prise brusquement d'une douleur violente dans le ventre avec symptômes péritonéaux et tendance à la syncope : il fallut la ponction exploratrice qui ramena du *sang pur* pour mettre sur la voie du diagnostic (1).

Il nous reste pour finir à relever que quelquefois, et cette innocuité relative est signalée 7 fois sur 21 observations, le contenu kystique reste innoffensif et que les suites de couches évoluent de façon normale et parfaitement silencieuse.

En résumé, la symptomatologie de la rupture pendant le travail est ordinairement bruyante.

Le diagnostic s'impose presque forcément à l'esprit grâce à la réunion des symptômes généraux et des symptômes locaux, si le kyste a été reconnu soit au cours de

---

(1) Langes (Kiel). Hémorragie intrapéritonéale pendant l'accouchement par rupture d'une veine de l'utérus. Zentralblatt für Gyn., IXXXVII, n° 15, 12 avril 1913. Kiel.

a grossesse, soit pendant le travail ; il présente toutes espèces de difficultés si au contraire le kyste a été jusqu'au bout méconnu.

Tableau N° 2

DIAGNOSTIC PENDANT LE TRAVAIL

I° Le kyste est reconnu avant le travail			4 fois
La rupture est	diagnostiquée		3 fois
	prise pour péritonite puerpérale		1 fois
II° Le kyste est reconnu au cours du travail			10 fois
La rupture est	diagnostiquée		8 fois
	soupçonnée		2 fois
III° Le kyste est ignoré			4 fois
La rupture est	diagnostiquée		0 fois
	prise pour....	péritonite puerpérale	2 fois
		fibrome bloqué dans le pelvis	1 fois
		Pyonéphrose gauche	1 fois
Cas douteux			2 fois

III. — Pendant les suites de couches.

Symptomatologie habituelle. — Le diagnostic de la rupture qui peut venir compliquer les kystes de l'ovaire pendant le post-partum dans les conditions que nous avons précédemment essayé de déterminer ne laisse pas d'être souvent malaisé.

a) *Le kyste est ignoré.* — Les difficultés sont particulièrement grandes quand la tumeur est restée jusqu'alors méconnue.

La fièvre, les frissons, les douleurs abdominales vives, le ballonnement du ventre, les vomissements font penser à une infection, à une péritonite puerpérale, quand il s'agit en réalité d'une rupture kystique.

b) *Le kyste est connu.* — Mais pendant les suites de couches, la reconnaissance d'un kyste de l'ovaire ne présente guère de difficultés : si sa présence pendant la grossesse ou au cours du travail a facilement pu passer inaperçue, le diagnostic en est désormais facile ou du moins facilité. « C'est souvent même après l'accouchement que l'existence de la tumeur, restée jusque-là ignorée et n'ayant déterminé aucun trouble pendant le travail est reconnue : la souplesse des parois rend, en effet, facile l'exploration et permet de découvrir le kyste que dissimulait l'utérus gravide » (1)

(1) Puech et Vanverts. Rapport de Lille, loc. cit.

Si donc, et ce sera l'ordinaire, la tumeur est diagnostiquée on sera tout naturellement amené à rechercher si les accidents dont on est le témoin ne sont pas dus à la rupture toujours possible du kyste.

Au surplus la symptomatologie d'un kyste ovarique pendant les suites de couches est approximativement la même que celle d'un kyste rompu en dehors de l'état puerpéral. Seul, l'état général de la nouvelle accouchée sera peut-être plus altéré. Il suffit seulement de rappeler qu'elle débute le plus souvent par une *violente douleur*, qu'il se produit un *affaissement subit du kyste, dont le liquide libre dans la cavité abdominale, peut être senti.* « La percussion délimitait dans toute la partie inférieure de l'abdomen une matité en croissant dont le bord supérieur concave en haut passait à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic, sur la ligne médiane. La moitié se déplaçait quand la femme se couchait sur le côté droit ou sur le côté gauche » (1) Enfin il faudra bien tenir aussi compte des phénomènes de réaction péritonéale généralement aigus, fièvre, vomissements, pouls faible et rapide, distension abdominale et tympanisme.

Exceptionnellement, ici, comme dans les cas relatifs à la grossesse et au travail, la rupture ne se manifeste que par la douleur. Butler Smith signale comme un fait unique l'absence de fièvre, de rapidité du pouls, de péritonisme. (Obs. n° LIII).

Exceptionnellement encore l'ouverture au dehors d'un kyste rompu se signalera par un écoulement caractéristique par la voie vaginale ou rectale (Duffner-King). Là encore on trouvera une condition de bénignité relative.

---

(1) Maire et Clergier. (Obs. n° LI).

Diagnostic différentiel. — Le diagnostic différentiel devra être fait avec la plupart des accidents signalés dans les paragraphes précédents.

Il sera fait, toutes les fois qu'il sera possible, avec les diverses complications kystiques des suites de couches, avec une *salpingite*, un *phlegmon du ligament large*.

La torsion du pédicule, au contraire de la rupture, produit une exagération du volume de la tumeur.

La suppuration du kyste présente un début moins bruyant, donne lieu à la production de frissons irréguliers, détermine l'augmentation du volume de la tumeur.

La salpingite ou le phlegmon du ligament large se diagnostiqueront par les caractères ordinaires de l'empâtement œdémateux des inflammations annexielles.

La péritonite puerpérale, la *péritonite tuberculeuse avec ascite*, présentent avec la rupture une grande similitude : la confusion ne peut qu'être fréquente surtout si le kyste est demeuré ignoré (Maire et Clergier, obs. n° LI).

De l'ensemble de ces notions il résulte que le diagnostic précis n'est pas toujours possible.

Comme l'indiquent dans leur rapport MM. Puech et Vanverts, ici encore le diagnostic opératoire domine le diagnostic nosologique.

Tableau N° 3

DIAGNOSTIC PENDANT LES SUITES DE COUCHES

I° Le kyste est ignoré..... 4 fois

La rupture est
- diagnostiquée..... 0 fois
- prise pour
  - péritonite puerpérale.... 2 fois
  - affection tubaire vague.. 1 fois
  - suce.
    - périt[e] puerpérale...
    - phlegmon du ligament large. . } 1 fois
    - périt[e] enkystée.....

II° Le kyste est connu .... 9 fois

La rupture est
- diagnostiquée..... 6 fois
- prise pour
  - Ascite..... 1 fois
  - péritonite tuberculeuse.. 1 fois
  - torsion simple.. ..... 1 fois

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution et le pronostic de la rupture sont loin d'être toujours les mêmes.

1. Évolution générale

I. Evolution immédiate. — Que la rupture survienne dans l'un des trois états qui font l'objet de cette étude, plusieurs éventualités sont à considérer que nous allons étudier brièvement dans leur ensemble.

Nous avons vu que l'accident peut passer *complètement inaperçu* (Obs. II)

A peine quelquefois constate-t-on une légère altération de l'état général et des *troubles passagers* et sans importance (Obs. III). Ces faits s'observeraient surtout dans les cas de kystes parovariques (Budin). Dans ces conditions la rupture peut exceptionnellement avoir pour conséquence une guérison définitive de la tumeur.

« La péritonite peut faire défaut, soulignait déjà Rémy, quand c'est le liquide d'un kyste séreux qui s'épanche dans la cavité abdominale ; le liquide étant moins irritant pour la séreuse peut être résorbé au bout de quelque

temps ; *dans les cas de ce genre on ne voit aucun accident fâcheux survenir après la rupture* ».

Il s'en faut que les choses se passent d'habitude aussi simplement. Le plus souvent une *péritonite* plus ou moins grave se déclare. La rupture des kystes dermoïdes, des kystes suppurés et de ceux à pédicules tordus, semble exposer plus particulièrement les jours de la parturiente « Les cas dans lesquels les kystes dermoïdes se sont vidés dans un viscère, présentent un pronostic bien moins défavorable ; il en est de même pour toutes les variétés de kystes dont le contenu s'échappe au dehors ».

La péritonite peut se déclarer plus ou moins rapidement ; elle peut guérir spontanément ; la durée de ses manifestations est variable. Nous verrons pour chaque cas que le plus souvent la péritonite a malheureusement une terminaison fatale.

La durée de l'évolution est très variable, de 12 heures à dix jours. Quelquefois enfin (1) (Obs. VI) nous voyons un état grave d'emblée, caractérisé par de la stupeur, un état syncopal, de l'hypothermie, du ralentissement du pouls, constituant un véritable choc péritonéal entraînant la mort rapide.

L'hémorragie abondante consécutive à la torsion et à la rupture peut être enfin incriminée.

---

(1) Sp. Wells a rapporté deux cas de terminaison aussi funeste. « Un matin, la femme après s'être retournée brusquement dans le lit, s'écria qu'elle venait de sentir quelque chose se rompre en elle et mourut presque instantanément. » — « une autre femme après s'être trouvée très bien la veille s'éveilla au bout de 3 heures de sommeil; se plaignit de grandes douleurs, toussa, tomba sur le dos et mourut subitement (Des tumeurs de l'ovaire — et *in* Rémy).

II. Evolution éloignée. — Des *adhérences* peuvent se former entre les divers organes abdominaux et la paroi et limiter la péritonite (Obs. XV).

Le kyste rompu et non enlevé *récidive* le plus ordinairement dans un temps variable mais qui ne semble guère dépasser une année.

Un autre danger est constitué par la généralisation toujours possible de la tumeur au péritoine.

II. Pronostic de la rupture pendant la grossesse

Soit que la rupture du kyste ovarique survienne au cours de la grossesse, soit qu'elle vienne brusquement compliquer le travail, il convient de se préoccuper de l'influence qu'elle peut avoir, soit sur la santé de la mère, soit sur la vitalité fœtale.

Il convient donc d'envisager le pronostic : 1° au point de vue de la mère ; 2° au point de vue du fœtus.

1° *Au point de vue de la mère.*

Dans les 21 cas que nous avons pu réunir, nous notons :

3 *Evolutions spontanément bénignes* (Budin, 2 cas, Moulonguet, 1 cas) (1).

(1) Cependant, dans ce dernier cas, Moulonguet pratiqua l'ovariotomie 4 jours après la rupture ; la guérison fut complète. Ces faits, sur la valeur desquels nous aurons tout-à-l'heure à revenir, montrent cependant que, contrairement à l'opinion de Cova, la rupture d'un kyste de l'ovaire pendant la grossesse n'est pas fatalement mortelle.

1 *guérison* (Martin), après rupture se manifestant par de graves accidents péritonéaux qui se calment sans intervention chirurgicale.

14 *guérisons* consécutives à l'ovariotomie.

1 *mort* après ovariotomie.

2 *cas douteux*.

De l'examen servile de ce tableau, naîtrait dans l'esprit du lecteur des notions de généralisation erronée contre lesquelles il convient de le mettre en garde.

C'est ainsi que sur 21 cas réunis nous ne notons qu'un cas de mort, cas de mort survenu entre 15 cas opérés, 4 cas non opérés donnant une mortalité nulle.

Mortalité générale, 4 et demi pour cent.
Mortalité des cas opérés, 7 et demi pour cent.
Mortalité des cas non opérés, 0 pour cent.

Tableau schématique qui amènerait à cette conclusion évidemment paradoxale, que la rupture des kystes ovariques au cours de la grossesse constitue un accident de gravité relative, que la mortalité augmente du fait de l'opération, pour passer de 0 °/₀, dans l'hypothèse de l'abstention opératoire, à 7 1/2 °/₀ dans l'hypothèse de l'intervention.

En réalité, il convient de considérer la rupture comme un accident de haute gravité.

Si elle peut passer complètement inaperçue, et si dans d'autres cas les troubles tendent à évoluer sans aggravation ou même à rétrocéder jusqu'à la guérison, il sera plus fréquent, comme nous l'avons signalé, de voir la péritonite emporter les malades.

Quant à l'influence de l'opération chirurgicale, il importe de ne pas perdre de vue qu'elle doit ordinairement comporter un plus heureux pronostic.

Si dans les 4 faits heureux d'abstention que nous signalons on n'est pas intervenu, c'était que les troubles étaient exceptionnellement légers ou qu'ils s'amendèrent.

C'est au contraire la gravité des phénomènes qui poussèrent le chirurgien à intervenir, dans tous les autres cas, et il est presque certain que l'abstention aurait, dans ceux-ci, été suivie de mort.

Résultats comparés. — Néanmoins, et sans nous laisser aller à l'optimisme de pronostic que pourrait faire naître notre statistique, nous ne saurions admettre le pourcentage de mortalité fixé par Azaïs dans sa thèse, de 55 °/₀, d'après la statistique de Rémy.

Nous le croyons très exagéré et sans doute établi pour une période où le défaut d'antisepsie, l'insuffisance de la technique opératoire venaient singulièrement assombrir le tableau.

En 1886, Rémy fixait à 23 °/₀ la mortalité maternelle, par le fait de la seule existence d'une tumeur ovarique ou parovarique chez une femme enceinte.

La statistique de Puech et Vanverts, dressée en 1913, la réduit à 6 °/₀, c'est-à-dire au quart.

Si la même proportion s'appliquait aux cas de rupture pendant la grossesse, nous obtiendrions, en fin de compte, une mortalité voisine de 55/4, c'est-à-dire 13,5 °/₀.

La statistique de Cova plus haut citée et comprenant 11 cas, avec 3 cas de mort, nous fournit une mortalité générale de 27 °/₀ ; 2 cas de mort pour 2 cas non opérés fournissant une mortalité de 100 °/₀.

1 cas de mort sur 9 opérés donne une mortalité de 11 °/₀, établissant bien péremptoirement l'influence de

l'intervention opératoire, si la conclusion en est excessive relativement à la sévérité du pronostic des cas non opérés.

En faisant la moyenne du pourcentage obtenu par Cova, de 27 o|o, et de celui de 13 o|o que nous avons théoriquement dressé, nous arrivons ainsi à une mortalité de *20* °|₀, moyenne approximative que nous adopterons dans nos conclusions, pour fixer, de façon générale, la gravité du pronostic maternel (mortalité moyenne entre tous les cas opérés ou non opérés).

2° *Au point de vue du fœtus.*

L'influence de la rupture kystique sur l'évolution ultérieure de la grossesse, par conséquent et en général, sur la vitalité fœtale, dépend d'abord, il va de soi, du moment de la grossesse où survient cette rupture.

En admettant de manière absolue que la rupture kystique ait une influence rigoureuse sur les contractions utérines, c'est-à-dire sur le déclanchement du travail, le sort du produit de conception ne sera pas le même selon que l'utérus a été surpris au troisième mois de sa gestation ou à terme; dans le troisième mois, c'est un avortement, la suppression définitive d'un être vivant; dans le courant du neuvième mois, au contraire, l'expulsion amènera hors des voies génitales un être vivant et viable.

Deux choses vont donc faire l'objet de notre étude dans ce paragraphe.

A. Quelle est l'influence absolue de la rupture kystique, généralement suivie d'ovariotomie, sur la contractilité utérine ?

B. Quel est le pourcentage fourni par l'examen de notre statistique, d'enfants à terme ou vivants ?

Sur 21 cas nous relevons :

8 cas inconnus.

13 cas connus donnent 6 avortements dont 2 immédiatement consécutifs à la rupture, 4 consécutifs à la laparotomie.

Mais il convient, pour l'estimation consciencieuse de ces résultats, de soustraire des 13 cas précités 2 cas : l'un, constitué par une rupture voisine du terme, et qui amena au monde un enfant à terme pesant 3 k. 200 ; l'autre, relatif à une rupture à 7 mois 1/2 de grossesse dans lequel on a extrait par césarienne un enfant qui vécut.

La conclusion est facile : dans onze cas de rupture survenant avant la viabilité fœtale on compte :

6 avortements
5 continuations de grossesse

résultats permettant d'établir que la proportion dans laquelle s'observe *l'interruption de la grossesse* en cas de rupture est de

55 pour cent

Les 13 cas connus de notre statistique, ainsi que nous l'avons expliqué, fournissent pourtant

7 enfants vivants pour
6 avortements

c'est-à-dire :

45 % d'avortements, moyenne qui relève légèrement le pronostic de celle plus haut indiquée de 55 %.

C'est cette dernière que nous croyons cependant devoir maintenir puisqu'il nous est difficile de préjuger si la rupture surviendra dans un temps assez avancé de grossesse pour permettre la viabilité fœtale.

En conclusion la rupture kystique présente, pour le fœtus, une haute gravité, la proportion des avortements n'étant que de 12,5 o|o en cas de tumeur ovarique simple ou compliquée.

III. — Pronostic de la rupture survenue pendant le travail

1° *Par rapport à la mère*

Nous reviendrons tout à l'heure sur ce fait que la conséquence de la rupture d'un kyste dystocique, généralement intra-pelvien, au cours du travail, est la désobstruction de la filière pelvienne et la terminaison dès lors facile de l'accouchement.

Malheureusement, ce résultat favorable est compensé par les risques que fait courir à la femme l'irruption du contenu kystique dans la cavité abdominale.

La mort peut survenir soit en collapsus, comme dans le cas rapporté par Schnell, soit, plus habituellement par péritonite aiguë.

Voyons ce que nous apprennent les 21 observations recueillies depuis 1885.

Nous éliminons tout d'abord les deux cas rapportés par Jewett, celui consigné par Voron et Frarier, cas évidemment exceptionnels où l'écoulement au dehors du contenu du kyste semble diminuer, sinon même supprimer, les risques courus par la femme.

Dans l'observation de Jewett (n° XXXI) le kyste rupturé descendit à travers une brêche de la paroi vaginale et son contenu s'échappa au dehors ; dans celle de Voron et

Frarier (obs. n° XLII) le kyste, après s'être rompu dans le segment inférieur de l'utérus s'évacua par la voie vaginale.

Les deux fois, la malade guérit sans présenter aucune altération sensible de l'état général.

Pour les 19 autres cas, nous notons :

6 *Evolutions spontanément bénignes* n'ayant présenté aucun incident, ni aucune altération sensible de l'état général.

1 *guérison*, après rupture se manifestant par de légers accidents péritonéaux qui se calment sans intervention chirurgicale.

1 *guérison* après opération.

10 *morts*, dont 7, survenues sans opération, 3 survenues après intervention.

1 *cas douteux*.

Soit, au total, 8 guérisons contre 10 morts, résultats fournissant une mortalité de 55 à 60 o|o qui témoigne de la haute gravité des accidents consécutifs à la rupture et du pronostic sévère qu'ils commandent. Néanmoins, il faut reconnaître, sans que l'on puisse se l'expliquer d'une façon bien satisfaisante, ni par la situation du kyste, ni par sa nature, ni par aucun élément étiologique ou pathogénique, l'innocuité fréquente de ces ruptures du travail ; souvent dans 40 à 45 o|o des cas, c'est-à-dire dans environ un cas sur deux, la rupture du kyste et l'épanchement de son contenu dans le péritoine n'ont pas cette issue fatale : bien plus, le liquide est bien toléré et la guérison se produit spontanément, sans troubles notables et sans intervention. Des statistiques dressées avant 1885, la même impression se dégage, tantôt d'un pronostic extrêmement grave, tantôt d'un pronostic extrê-

mement bénin dans les proportions que nous avons indiquées.

C'est ainsi que Fuchs a rapporté dans sa thèse 7 cas de rupture pendant le travail, dont 4 suivis de mort et 3 heureusement terminés pour la mère.

Dans les 15 cas de la statistique de M. Kerron, on compte 6 guérisons.

Rémy consignait avant eux cette éventualité.

Faut-il conclure de ces considérations diverses à l'inutilité de l'intervention que nous proposerons dans notre dernier chapitre? Nous ne le croyons pas. Sans compter qu'une intervention rapide, quand elle est possible, diminuerait, nous le pensons, notablement, le chiffre de la mortalité, elle éviterait les risques ultérieurs que la récidive fait courir à nouveau à la femme.

Dans les cas de rupture heureusement terminée, rare est en effet la disparition définitive de la tumeur. Le plus souvent le kyste rupturé s'est reproduit au bout d'un temps plus ou moins long, et pour en débarrasser la femme il faut pratiquer l'ovariotomie

Seul Benckiser signale dans son observation qu'un an encore après l'accouchement, il n'était plus possible de retrouver la tumeur (n° XXIII).

Nous signalerons enfin, avec tous les auteurs, que les dangers de la rupture semblent varier avec la nature du contenu; ils seraient plus grands, ici comme toujours, quand il s'agit d'un kyste dermoïde que lorsqu'on a affaire à un kyste mucoïde.

C'est ainsi que sur 6 cas de rupture de kystes dermoïdes nous comptons 4 cas de mort, soit une mortalité de 68 o|o supérieure d'environ 15 o|o à la mortalité générale plus haut établie.

En cas de mort la malade succombe dans un temps variable généralement en 48 heures ou trois jours, en présentant le tableau ordinaire de la péritonite, avec une température oscillant entre 39 et 40°, un pouls voisin de 140.

2° *Par rapport au fœtus*

Nous avons eu déjà l'occasion de le signaler brièvement à plusieurs reprises ; la rupture d'un kyste dystocique survenant au cours du travail a pour résultat immédiat et constant de lever l'obstacle que la présence intrapelvienne du kyste intact mettait à l'engagement ou à la descente de la présentation fœtale ; l'esprit l'imagine volontiers : la constatation simple des faits confirme cette notion.

Si bien que dans sa thèse, Remy recherchant par quels mécanismes l'obstacle constitué par le kyste intrapelvien peut être franchi, les difficultés aplanies, et cela, par les seules forces de la nature, rangeait la rupture kystique parmi les diverses conditions qui permettent à l'accouchement de se terminer spontanément.

On peut donc concevoir que de cette rupture ne peut résulter pour le fœtus en voie d'expulsion aucun dommage : le kyste rompu, le liquide épanché, soit au dehors par la voie d'un organe creux, soit intra-abdominalement dans la cavité péritonéale, l'obstacle créé par le rétrécissement disparaît : le fœtus peut librement sortir hors des voies génitales où le maintenait jusqu'alors la présence du kyste dystocique.

De l'étude des 21 observations réunies, c'est en effet la conclusion qui se dégage nettement. La rupture du kyste favorise l'engagement et la descente, permet l'expulsion

ou l'extraction d'un enfant vivant chaque fois qu'elle survient avant que l'enfant ait trop souffert du fait de la présence de la tumeur intacte ou de toute autre cause.

C'est ainsi que sur 21 cas nous notons :

4 *cas douteux* où aucun renseignement n'est fourni sur le sort de l'enfant.

1 *cas* d'avortement du sixième mois, où la rupture favorisa l'expulsion, et où il est impossible de la rendre responsable de la mort d'un enfant non viable.

2 *cas* de craniotomies pratiquées : l'une, sur enfant vivant avant la rupture ; la seconde, sur enfant mort par procidence du cordon.

1 *cas* d'enfant mort, dont l'extraction fut facilement faite au forceps après rupture. L'auteur prend soin d'indiquer que l'enfant était vivant avant l'application du forceps, et que le décès était dû à la brièveté du cordon.

1 *cas*. — Enfant mort, extrait par version. La mort ne pouvait être attribuée à la rupture, puisque l'extraction fut cause de la rupture.

12 *cas*. — Enfants vivants, pour la plupart rapidement extraits après rupture à l'aide du forceps.

Ce tableau indiquant pour 17 cas que la rupture est suivie 5 fois de l'extraction facile : d'un enfant mort, 12 fois de l'extraction facile d'un enfant vivant (10 fois par les voies naturelles, 2 fois par césarienne), qu'enfin la mort était due à une cause étrangère à la rupture dans les 5 cas où elle était signalée.

La mortalité fœtale du fait de la rupture est donc de 0 °/₀. La rupture favorise dans tous les cas l'expulsion ou l'extraction du mobile fœtal.

IV. La rupture est survenue pendant les suites de couches

Nous n'avons évidemment dans ce paragraphe qu'à envisager le pronostic par rapport à la mère : l'existence de l'enfant est à ce moment assurée, ou en tout cas indépendante d'une complication maternelle, si le produit de conception est sorti à terme et vivant des organes génitaux de la mère : la rupture kystique survenant dans les suites de couches, à quelque distance d'ailleurs que ce soit de l'accouchement, ou mieux de la délivrance, ne peut être préjudiciable qu'aux intérêts de la mère.

Comme nous l'avons indiqué dans le chapitre précédent, il est des cas exceptionnels où la rupture, qui ne s'est signalée à l'attention de la malade et de son entourage que par des phénomènes immédiats accessoires et des symptomes légers, continue à manifester une innocuité absolue, sans retentissement sur l'état local ou général.

Il ne s'agit pas là seulement des cas évidemment exceptionnels où le kyste rupturé s'évacue au dehors, extrapéritonéalement, soit par le vagin, soit par le rectum : tel le cas cité par King de cette femme, dont le kyste ponctionné pendant l'accouchement et pourtant suppuré, s'ouvrit 42 jours plus tard dans le rectum avec lequel il avait contracté des adhérences. La femme guérit spontanément

Nous avons plus particulièrement en vue le cas où la

rupture kystique se fait bien dans la cavité abdominale et où il semble que le péritoine soit positivement réfractaire à toute inflammation. En tout état de choses le tableau symptomatique signalé par Butler Smith dans son observation est unique dans les 14 cas réunis depuis 1886 et l'auteur insiste sur la physionomie tout à fait remarquable de cette rupture kystique intrapéritonale post-partum, qui ne s'est accompagnée à quelque moment que ce soit ni de fièvre, ni de rapidité du pouls, ni d'altération ultérieure de l'état général.

Normalement, la conséquence du passage du liquide kystique dans le péritoine, c'est comme nous l'avons signalé dans la symptomatologie, la péritonite avec son cortège de symptômes plus ou moins bruyants.

Pour la rupture des kystes se faisant pendant les suites de couches à l'intérieur du péritoine, on retrouve au demeurant, comme l'indiquent Puech et Vanverts « les mêmes variétés d'évolutions qui s'observent en dehors même de la puerpéralité » et que nous avons signaleés pour les ruptures de la grossesse et du travail. Ici encore les différences s'expliqueraient par la nature du liquide épanché, sans que l'on puisse cependant établir une règle absolue

En général, la rupture intraabdominale des tumeurs kystiques de l'ovaire pendant les suites de couches et les phénomènes péritonéaux consécutifs présentent un haut degré de gravité.

C'est ainsi que sur les 14 cas observés depuis 1886, nous comptons :

5 morts ;
8 guérison
1 sort inconnu ;

soit au total une mortalité de 36 o|o, constatations statistiques qui commandent, on le voit, un pronostic sévère.

Il convient cependant de faire des réserves, et force est bien de constater, que l'intervention chirurgicale réglée de façon telle que nous aurons à l'indiquer dans le chapitre relatif au traitement, améliore ce pronostic particulièrement sombre des ruptures intrapéritonéales. Qu'il nous suffise d'en fournir pour preuve les résultats obtenus dans les cas régulièrement opérés.

Dans les 8 cas où la laparotomie fut pratiquée, elle n'a fourni qu'un insuccès. Soit au total une mortalité de :

Mortalité des cas opérés.....	12 0/0 à opposer à celle plus haut établie de
Mortalité générale.....	36 0/0 et à rapprocher de celle de
Mortalité des cas non opérés.	80 0/0 relative à tous les cas non opérés.

Tableau schématique d'où résulte que l'intervention décidée à temps et régulièrement pratiquée, abaisse la mortalité de

80 à 12 0/0

En l'absence d'opération et les phénomènes péritonéaux une fois déclarés, si la malade ne succombe pas à une syncope quasi foudroyante, on voit progressivement s'altérer l'état général, la température s'élever à 39° et même dépasser ce chiffre ; le pouls oscille entre 120 et 140 ; l'issue fatale survient en collapsus algide du huitième au douzième jour.

En résumé, la rupture, qu'elle survienne au cours de l'un des trois états, de grossesse, de travail, de suites, est toujours un accident grave qui expose sérieusement les jours de la femme.

Il semble pourtant possible d'affirmer qu'elle est spontanément plus grave pendant le travail que pendant la grossesse, plus grave pendant les suites de couches que pendant le travail.

La facilité du diagnostic pendant les suites de couches et par suite l'intervention opportune relèvent de façon très sensible le pronostic des suites de couches (1).

---

(1) Nous avons cru utile de comparer les résultats déjà fournis par Rémy et Düffner à ceux que nous avons obtenus nous-même.

MORTALITÉ

	GROSSESSE	TRAVAIL	SUITES
Rémy.....	44 0/0	53 0/0	63 0/0
Düffner.....	66 0/0	71 0/0	84 0/0
Thèse.....	20 0/0	55 0/0	80 0/0 36 0/0

TRAITEMENT

1. TRAITEMENT DE LA RUPTURE SURVENANT PENDANT LA GROSSESSE

« Les accidents qui se développent au niveau d'une tumeur de l'ovaire en dehors de la grossesse constituent une indication absolue pour l'ovariotomie. Quand ils apparaissent au cours de la gestation, la nécessité de l'intervention est encore plus pressante car il y a ici deux vies à sauvegarder ; celle de la mère et celle de l'enfant ». (Puech et Vanverts).

La difficulté de poser un diagnostic précis dans certains cas n'est pas à retenir, la laparotomie sera toujours faite d'urgence même en cas de doute sur la nature des accidents abdominaux.

Dans les 8 cas où l'on est intervenu pour rupture du kyste pendant la grossesse, nous comptons :

7 ovariotomies abdominales ;
Une seule ovariotomie vaginale (cas de Graefe).

On peut discuter sur la voie à suivre pour procéder à l'ablation d'un ovaire kystique en dehors des accidents, bien que la préférence du plus grand nombre semble

même dans ces cas simples aller à l'ovariotomie abdominale.

Mais avec MM. Puech et Vanverts au travail de qui l'on voudra bien se reporter nous pensons que *la voie abdominale doit être seule préconisée quand le kyste est rompu quelle que soit la situation, pelvienne ou abdominale de la tumeur.*

Quels résultats ont fourni les interventions pour rupture au cours de la grossesse?

Les 7 cas dans lesquels l'ovariotomie fut pratiquée pour rupture de kystes abdominaux donnent les résultats suivants :

Au point de vue maternel.

Guérison.....	6 cas	soit 100 °/₀	(1)
Résultat inconnu. ..	1 cas	—	(2)

Au point de vue fœtal.

Continuation de la grossesse.	3 cas	soit 60 °/₀	(3)
Interruption	2 cas	soit 40 °/₀	(4)
Résultats inconnus.....	2 cas	—	

Ces résultats peu favorables en ce qui concerne le fœtus sont excellents au point de vue maternel. Il est évidement excessif de dire, avec Cova, que la mort est inévitable en l'absence d'intervention. Nous avons, au cours de notre travail, rapporté plusieurs faits où la guérison se produisit spontanément.

---

(1) Barrett, Duncan, Moulonguet, Mowat, Prewit, Weisswange.
(2) Wattarai.
(3) Barrett, Moulonguet, Weisswange.
(4) Duncan, Mowat.

Mais cette heureuse issue est exceptionnelle. Dans l'impossibilité où l'on se trouve de la prévoir, il est prudent de ne pas en tenir compte et de ne pas reculer le moment de l'intervention dont une des principales conditions de succès est la précocité.

Nous ne comptons qu'un cas d'ovariotomie vaginale pour rupture (Von Graefe), suivi de guérison et de la continuation de la grossesse.

Si la rupture survient dans les deux derniers mois de la grossesse, il peut être quelquefois indiqué de compléter l'ovariotomie par une césarienne, voire même par une opération de Porro (Cf. Alb. Martin. Obs. XII).

La technique de l'ovariotomie pour rupture au cours de la grossesse ne diffère pas de celle qui est généralement suivie en dehors de la gestation. Nous n'avons pas à la décrire ici.

Nous indiquerons seulement brièvement les quelques précautions que semble dicter plus impérieusement l'état de grossesse.

1° Le traumatisme de l'utérus sera réduit au minimum. On s'efforcera de raccourcir l'acte opératoire dans les limites compatibles avec la sécurité de l'opérée.

2° Si l'utérus, est découvert au cours de l'intervention, il sera prudent pour empêcher ses contractions de le recouvrir de compresses chaudes (Doran).

3° On devra procéder à la restauration minutieuse de la paroi.

1° On aura recours systématiquement aux injections de morphine (Pinard), que l'on pourra continuer pendant 8 à dix jours.

II. — TRAITEMENT DE LA RUPTURE SURVENANT PENDANT LE TRAVAIL

Dans ce cas c'est ordinairement à un kyste pelvien ou abdomino-pelvien que nous avons affaire ; l'ovariotomie d'urgence est encore nettement indiquée.

A quelle voie allons-nous avoir recours ?

Ici encore c'est à *la voie abdominale* que l'on s'adressera.

Une fois le ventre ouvert, deux conduites peuvent être envisagées et discutées par l'opérateur.

1° Pratiquer l'extirpation du kyste, refermer le ventre minutieusement et ligaturer soigneusement le pédicule, laisser l'accouchement se faire par les voies naturelles soit spontanément, soit artificiellement.

2° Combiner l'opération césarienne à l'ovariotomie.

Il semble, d'après nos observations, que la meilleure conduite à tenir sauf indication spéciale soit la première.

Le plus souvent même les opérateurs, la rupture diagnostiquée, procèdent à l'extraction rapide du fœtus par les voies naturelles et pratiquent immédiatement après la laparo-ovariotomie (1).

---

(1) Il faut en effet tenir compte des indications cliniques : que si la rupture survient au début du travail, mieux vaudra sans doute le plus souvent procéder à la laparotomie immédiate suivie ou non de césarienne — mais si au contraire, le travail est déjà avancé au moment de la rupture, si le col est dilaté ou dilatable, il sera préfé-

Au cas où il y aurait indication de césarienne la section de l'utérus devra toujours précéder l'ovariotomie. Quelquefois enfin (Norris. Obs. XXXV) il y aura lieu de pratiquer l'hystérectomie (1).

III. TRAITEMENT DE LA RUPTURE SURVENANT PENDANT LES SUITES DE COUCHES

L'intervention s'impose d'urgence quel que soit le moment de la période puerpérale où la femme se trouve. L'accord est unanime sur ce point.

L'ovariotomie abdominale reste ici encore l'opération de choix : c'est à elle qu'on aura recours immédiatement en cas de rupture kystique.

La technique opératoire ne diffère pas de celle qu'on suivrait en cas de rupture en dehors de l'état puerpéral.

Nous avons vu dans le chapitre du pronostic combien l'intervention opératoire opportune, c'est-à-dire immédiate, favorisait la marche heureuse de l'évolution.

Qu'il nous suffise seulement d'indiquer que les 7 cas

---

rable de laisser l'accouchement se terminer spontanément ou de procéder à l'extraction rapide du fœtus par les voies naturelles. Alors seulement il sera indiqué de faire la laparotomie.

(1) Les résultats fournis par nos observations sont les suivants :

2 Ovariotomies abdominales simples ont donné 2 guérisons, (Obs. XXV-XXXIII).

2 Laparotomies suivies de césariennes et d'hystérectomies 2 morts (Obs. XLI-XXXV).

1 Laparatomie précédée de l'extraction du fœtus et suivie d'hystérectomie 1 mort (Obs. XXXVI).

dans lesquels l'ovariotomie fut pratiquée dans des délais variables pour rupture kystique pendant les suites donnent les résultats suivants :

Guérison (1). .	6 cas	soit 86 °/₀
Mort (2). . . .	1 cas	soit 14 °/₀

(1) Obs. n° XLIV-XLV-XLIX-XLIII-XLVIII-LII.
(2) Obs. n° LIII.

CONCLUSIONS

La rupture des kystes ovariques ou parovariques, complication rare de la grossesse, complication plus fréquente du travail, est un accident exceptionnel pendant les suites de couches.

La rupture reconnaît pour causes principales les traumatismes, l'exagération de tension intrakystique, les adhérences, les altérations pariétales, qui paraissent diversement combinées selon l'époque où elles surviennent.

Le diagnostic généralement facile, si l'existence du kyste est antérieurement connue, offre des difficultés souvent insurmontables si la présence du kyste est antérieurement méconnue.

Si la rupture peut, dans des cas exceptionnels, être suivie d'accidents légers ou même de guérison, il en résulte le plus ordinairement une péritonite aiguë, très souvent mortelle.

Survenant au cours de la grossesse, elle entraîne l'avortement dans 55 0/0 des cas; survenant au cours du travail, elle entraîne la désobstruction de l'excavation, facilite par

conséquent l'évolution de l'accouchement, sans présenter aucun danger pour la vitalité fœtale.

Pour la mère, la rupture paraît être plus grave pendant le travail que pendant la grossesse, plus grave peut-être pendant les suites de couches.

Le seul traitement est, dans tous les cas, l'ovariotomie abdominale immédiate.

Pendant la grossesse et pendant le travail, on pourra être conduit, dans quelques cas, à lui associer l'opération césarienne.

Observations relatives à la Rupture des kystes ovariques (depuis 1886) (1)

Première Série : pendant la grossesse

Observation Première

Barrett (Ovarian tumors complicating pregnancy, delivery and the puerperinne. Chicago, gyn. soc., 19 janvier 1912; Surg., gyn. and obst., 1913, XVI, 28, 33 [disc.: C. S. Bacou, R. W. Holmes, 110).

Rupture d'un kyste ovarique au cours de la grossesse.
Accidents péritonéaux.
Ablation du kyste par ovariotomie abdominale.
Guérison.

Observation II

P. Budin (Leçons de Clin. obs., Paris, 1889-391)

Femme de 29 ans, IV pare, présentant à son entrée à la clinique une tumeur abdominale gauche formée par l'utérus gravide à 3 mois 1/2 de gestation et une tumeur kystique droite qui refoule le col en avant.

Rupture ignorée au cours de la grossesse.
Pas d'accidents.
Accouchement spontané et à terme par le sommet. Enfant vivant.
Budin conclut à la nature parovarique (?) du kyste.

---

(1) Toutes les observations sont résumées.)

Observation III

P. Budin (Journal des sages-femmes, 1899, XIII, 194.)

Rupture d'un kyste au cours d'une grossesse.
Pas d'accidents péritonéaux.
Continuation de la grossesse. Enfant à terme et vivant.
Kyste parovarique (?)

Observation IV

Cazin (Appendicite et inondation péritonéale consécutive à une rupture de kyste ovarique à pédicule tordu. Soc. des chir. de Paris, 2 février 1912, IV, 112).

Rupture au cours de la grossesse d'un kyste ovarique,
Accidents péritonéaux graves.
Laparo-ovariotomie.
Ablation d'un kyste de l'ovaire qui avait subi une torsion importante de son pédicule.
Guérison.

Observation V

Cova (Annali di obstetrica e genecologia, 1911, XXXIII, II, N° 10)

Rupture d'un kyste de l'ovaire au cours de la grossesse.

Observation VI

W. Duncan (Trans. of the obst. Soc. of London, 1894, 1895, XXXVI, 312 ; clin. sketches 1895, I, 100)

Grossesse chez une femme de 30 ans, multipare.
Kyste occupant le pelvis et rupture du kyste au cours d'un examen pratiqué à la clinique par un assistant.

Douleur abdominale. Collapsus. Laparotomie immédiate.
Avortement le 4me jour. Guérison.

Observation VII

De Francesco (Clin. e prat., Treviglio, 1905. II, 194)

Torsion et rupture d'un kyste ovarique au cours de la grossesse.

Observation VIII

M. Graefe (Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäk., 1905. LVI, 502 ; München med Wochenschrift, 1906. LIII, 675.)

Femme de 37 ans, II pare, au 2mo mois d'une grossesse.
Tumeur dans le Douglas du volume d'un œuf de poule. Kyste.
On porte le diagnostic de grossesse tubaire.
Colpotomie ; rupture du kyste avec pouls petit.
Diagnostic de rupture du sac avec hémorragie.
Ouverture large du Douglas. Reconnaissance du kyste rompu qu'on enlève.
Le premier jour, douleurs qui cèdent aux opiacés.
La grossesse a évolué sans troubles jusqu'au terme.

Observation IX

A. W. W. Léa (North. of England obst. and gynec. Soc. 19 avril 1907 ; Lancet 1907, I, 1160.)

Femme de 27 ans, prise subitement, à 3 mois 1/2 d'une grossesse, de douleurs abdominales violentes et vomissements.
Tumeur. Diagnostic de kyste.
Laparotomie. Ovariotomie bilatérale pour torsion et rupture de kystes dermoïdes de l'ovaire.
Avortement. Guérison.

Observation X

H. Lohlein (Gynäk. Tagesfr., Wiesbaden, 1895, IV, 1 ; et in F. C. Krombach Inaug. Diss., Giessen, 1902. Obs. III, 22).

Grossesse à terme chez une femme de 26 ans avec kyste de l'ovaire gauche du volume d'une orange.

Laparotomie.

Rupture pendant la désinfection de la paroi abdominale.

Ovariotomie.

Le lendemain le travail se déclare.

Présentation du siège. Extraction d'un enfant vivant du poids de 3.200 grammes. Guérison.

Observation XI

Alb. Martin (Revue médicale de Normandie, 1907, VIII, 125 obs. III.

Rupture méconnue d'un kyste de l'ovaire au cours d'une grossesse.

Accidents graves péritonéaux qui se calment sans intervention.

Accouchement à terme.

Un an après, ovariotomie abdominale pour gros kyste de l'ovaire, presque uniloculaire, à contenu citrin. Guérison.

Observation XII

Alb. Martin (Revue méd. de Normandie : 1907, VIII, 121 ; Arc. prov. de chirurgie 1907, XVI, 113).

Femme de 25 ans primipare, à 6 mois 1/2 de grossesse prise de violentes douleurs abdominales.

Durant quelques jours, vomissements alimentaires puis bilieux : frissons ; fièvre. Ventre tendu et sensible.

Reconnaissance par le toucher d'une tumeur pelvienne.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire prolabé dans le cul-de-sac de Douglas et enclavé dans le bassin est posé.

Opération de Porro et ovariotomie pour kyste suppuré de l'ovaire.

Extraction d'un enfant de 7 mois qui vécut.

Le kyste dermoïde suppuré renfermait, au milieu d'un liquide très épais, purulent et fétide, une masse caséeuse et des touffes de cheveux

La femme guérit et allaita.

Observation XIII

H. Morestin (Bullet. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris, 1907, XXXIII, 896)

Femme de 35 ans au 4me mois de la grossesse, prise en tramway de douleurs abdominales assez vives.

Deux jours après, à la suite d'une selle qui nécessita de violents efforts, elle fut prise subitement d'une violente douleur dans le bas-ventre et se trouve mal.

Aggravation progressive. Efforts nauséeux, régurgitations biliaires, extrémités froides, pouls radial insensible.

Diagnostic d'hémorragie interne.

Piqûres d'éther, d'huile camphrée, injection de sérum. Laparatomie et découverte d'un kyste de l'ovaire crevé. Extirpation.

3 jours après, expulsion d'un fœtus de 4 mois macéré.

Délivrance artificielle. Suites traînantes et inquiétantes.

Rétablissement progressif. La malade quitte la clinique 40 jours après l'opération complètement guérie.

Morestin conclut à la rupture kystique après torsion.

Observation XIV

A. Moulonguet. (Echo médical du Nord, 1897, I 173 Obs. II)

Femme de 29 ans, II pare, au 2e mois d'une nouvelle grossesse.

Moulonguet, qui l'examine à ce moment, diagnostique « kyste de l'ovaire » chez une femme enceinte.

Rupture du kyste, quelques jours après, qui ne se manifeste par rien d'anormal.

Laparo-ovariotomie

Suture minutieuse des parois abdominales.

Guérison. La grossesse a suivi jusqu'au terme son évolution normale.

La perforation kystique était due à une érosion produite par des végétations papillaires.

Observation XV

Mowat. (Lancet-London. 1899, I, 513)

Femme de 31 ans.

Deux accouchements antérieurs, 1 avortement.

Nouvelle grossesse de 3 mois coexistant avec un kyste de l'ovaire droit diagnostiqué.

Augmentation rapide du kyste. Ovariotomie au 6e mois.

Le kyste fut trouvé rompu : l'épanchement était limité par des adhérences.

Deux heures après, entrée en travail.

Accouchement rapide d'un fœtus de 6 mois. Guérison.

Observation XVI

J. O. Polak. (Brooklyn. M. J., 1905, XIX, 168)

Rupture d'un kyste de l'ovaire au cours de la grossesse.

Observation XVII

T. H. Prewitt. (Weekly med. Rev., St.-Louis, 1888, XVIII, 591)

Rupture d'un kyste de l'ovaire au cours de la grossesse.
Ovariotomie. Guérison.

Observation XVIII

Rosenstein. (Cent. f. Gynäk., 1892. XVI, 801)

Femme de 25 ans, II pare.

Grossesse de 6 mois.

Eprouve violente douleur abdominale.

Visage anxieux, respiration courte, peau froide, pouls aux environ de 100. Ventre distendu et douloureux. Vomissements de matière verdâtre, le lendemain.

Le 3e jour, élévation thermique puis période de rémission.

On pense à une grossesse extra-utérine, puis ce diagnostic est abandonné.

Laparotomie qui découvre un kyste rupturé (adéno sarcome papillaire de l'ovaire).

Dans la nuit avortement. Guérison apyrétique.

Observation XIX

Toth. (Gynäk. Sekt. des kgl. ungarischen Arztevereine zu Budapest, oct. 1897 : Centr. f. gyn., 1898, XXII, 83)

Au sixième mois de la grossesse, rupture d'un kyste de l'ovaire.

L'accouchement prématuré suit cette rupture.

Deux jours après on pratique l'ovariotomie.

Mort par péritonite.

Observation XX

H. Watarai et M. Suzudai. (Sankova, Fujinkwa, Gaku, Zasshi Tokyo, 1899, 12)

Kyste de l'ovaire rompu au cours de la grossesse.

Ovariotomie.

Observation XXI

Weissvvange.

Femme de 34 ans, II pare.

Grossesse au 3e mois.

Diagnostic de kyste dermoïde avec rupture dans la vessie.

Laparotomie. Ablation difficile.

La résection de la vessie paraît contre-indiquée : on ferme la perforation en suturant en blague à tabac le morceau de la paroi du kyste étroitement adhérent à la vessie. Drainage

Suites apyrétiques. Guérison. La grossesse continue normalement son cours.

Deuxième série : Pendant le Travail

Observation XXII

C. S. Bacon (Chicago gyn. Soc., 18 novembre 1904; Amer. Journ. of Obst., 1905, 41, 129).

Un cas de tumeur kystique de l'ovaire compliquée de grossesse et empêchant l'accouchement.

Tentative de refoulement de la tumeur en plaçant la parturiente dans la position génu-pectorale, en introduisant toute la main dans le vagin et en exerçant une forte poussée

Le kyste se rompt au cours des manœuvres de refoulement.

Observation XXIII

Benkiser (Münch, Medizin. Wochenschrift, 1899, 923, obs. 1).

Femme multipare en travail, chez qui la tête reste très élevée au dessus du détroit supérieur.

Kyste de l'ovaire du volume d'un gros poing dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

Procidence du cordon.

Echec du forceps et tentative vaine de refoulement de la tumeur.

Cranioclasie. Rupture du kyste.

Guérison sans incident. Un an après l'accouchement il n'a pas été possible de retrouver la tumeur.

Observation XXIV

C. Braun (Geburtsh. gynäk. Gesselschrift in Wien. Séance du 13 mai 1894).

Femme chez laquelle on avait diagnostiqué kyste de l'ovaire pendant la grossesse et conseillé la laparotomie, qui ne fut pas acceptée.

Accouchement spontané.

Une péritonite se déclara et emporta la femme.

A l'autopsie, on trouve le contenu du kyste dans la cavité péritonéale.

Observation XXV

Fischer (Präger med. Woch, 1893).

IV pare.

Dystocie par kyste dermoïde intrapelvien de l'ovaire.

Essais infructueux de refoulement.

Craniotomie.

Après l'accouchement on ne sent plus la tumeur qui s'est rompue.

Quelques semaines après, elle augmente de volume et elle donne des troubles.

Ovariotomie abdominale.

Guérison.

Observation XXVI

Hofmeier (Manuel de Gynécologie opératoire, 1889, 339).

Rupture d'un kyste de l'ovaire au cours de l'accouchement.

Mort.

Observation XXVII

Hofmeier (Manuel de Gynécologie opératoire, 1889, 339).

Rupture d'un kyste de l'ovaire au cours de l'accouchement.
Mort.

Observation XXVIII

R. W. Holmes (Chicago gyn. Soc., 19 janvier 1912 ; Surg. Gyn. Obst., 1913, XVI, 106, obs. III).

Accouchement dix-huit ans auparavant.

Grossesse compliquée de kystes ovariques fixés dans le Douglas.

Près du terme la tête se trouvait très mobile au-dessus du détroit supérieur : le travail ayant commencé, la tête resta au-dessus du détroit supérieur.

Forceps. Extraction.

L'enfant qui était vivant avant l'application du forceps naquit mort, le décès étant dû à ce que le cordon était court.

Les tumeurs rompues ont disparu.

Pendant 4 jours nausées, ballonnement du ventre.

Guérison.

Observation XXIX

J. Jackson (Trans. Of the Obst. Soc. of London, 1898, 1899, XL, 331).

Femme de 27 ans, II pare.

Au second accouchement, tentative vaine d'application de forceps.

Le pelvis est obstrué par une tumeur.

Version. Extraction d'un enfant mort.

Mort de la femme, le troisième jour après l'accouchement, présentant le tableau clinique de la péritonite.

L'autopsie montra que la tumeur formée par un kyste dermoïde de l'ovaire s'était rompue.

Le contenu s'était épanché dans le ventre et avait déterminé une péritonite généralisée, adhésive, sans production de pus.

Observation XXX

R. Jardine (Glascow med. Journ., 1900, LIV, 97).

I pare.

Dystocie par kyste intrapelvien de l'ovaire.

Application de forceps. Pendant les tractions, rupture du kyste. Extraction facile de l'enfant vivant.

Suites simples. Guérison.

Observation XXXI

Jewett (Trans. of the N. Y. obst. Soc., 14 décembre 1909 ; Amer. J. of Obst., 1910, LXI, 493).

Il y a quelques années, au cours d'une application de forceps, un kyste rupturé descendit en avant de la tête à travers une brèche de la paroi vaginale. Ce kyste était rompu.

Il n'y eut pas d'infection parce que le contenu du kyste s'échappa au dehors.

Observation XXXII

Kleinertz (Centr. f. Gyn., 1901, 1053).

Après un accouchement spontané, apparition soudaine de douleurs abdominales qui vont en croissant.

Fièvre violente. L'abdomen est fortement distendu : la température oscille entre 39 et 40. Le pouls est aux environs de 140.

Un morceau de placenta resté dans l'utérus en est extrait.

La température reste à 39. Le pouls à 135 et petit. Issue fatale.

A l'autopsie, kyste rupturé d'où s'échappe un liquide rouge brun qui se déverse dans la cavité péritonéale.

Observation XXXIII

L. Mangiagalli (Berl. Klin. Woch., 1894, XXXI, 491. Obs. II).

Louise P..., de Milan, est apportée mourante à l'hôpital.

Après un accouchement qui date de onze jours, l'utérus ne s'est pas rétracté normalement.

Diagnostic probable : Kyste de l'ovaire rompu pendant l'accouchement ayant provoqué une péritonite.

Ovariotomie immédiate.

La malade guérie quitte l'hôpital au vingt-cinquième jour.

Observation XXXIV

S. Marx (N.Y. Acad. of. Med., Sect. of obst. and gyn., 26 octobre 1899 ; Med. Ricord, 1899, LVI, 721).

Reconnaissance au moment de l'accouchement de l'existence d'un gros kyste intraligamentaire.

Extraction d'un enfant vivant.

Rupture du kyste pendant les manœuvres d'extraction.

Pas de troubles. Guérison.

Ultérieurement le kyste fut extirpé.

Observation XXXV

C Norris. (Collège of Physicians of Philadelphia, sect. of gyn. 18 février 1897, Amer. of .Obstr. 1897, XXXV, 558).

Femme en travail. Le pelvis est obstrué par une tumeur diagnostiquée fibrome.

Essais infructueux de refoulement.

Fièvre, pouls rapide, membranes intactes sans aucune tendance à l'engagement.

Laparotomie et césarienne qui permet d'extraire un enfant vivant.

Kyste rompu et suppuré occupant le pelvis.

Apparence gangréneuse du bassin et du segment inférieur de l'utérus.

Hystérectomie.

Les phénomènes d'infection continuent. La mort survient en 48 heures.

Observation XXXVI

N. Raw. (North of England gyn. Soc., 20 janvier 1899 ; Lancet. 1899, I, 306)

Multipare en travail depuis 3 jours.

Douleur abdominale subite avec hémorragie vaginale.

Au toucher, kyste de l'ovaire intrapelvien.

Extraction du fœtus.

Large rupture utérine. Injection de sérum.

Laparotomie qui découvre un kyste de l'ovaire tordu et rompu.

Hystérectomie et enlèvement du kyste.

Mort trois jours après l'opération.

Observation XXXVII

Riemann. (Archiv. f gyn., 1907, LXXXIII, 722, obs. IV).

Femme de 20 ans, primipare. Grossesse normale.

Début de travail à terme.

La tête fœtale reste élevée au-dessus du détroit supérieur.

On trouve dans l'excavation un kyste de la grosseur d'un œuf d'oie qui ne peut être refoulé.

Débridement multiple de l'orifice du col avec les ciseaux de Giebold.

Forceps au détroit supérieur.

Extraction d'un enfant vivant.

Rupture du kyste. Guérison.

Observation XXXVIII

Schnell. (*in* R. Purckhauer, (Inaug. Duss. Wurzburg, 1900, 18, obs. VI).

Femme de 20 ans, I pare, en travail depuis plusieurs jours.

Un médecin reconnaît l'existence d'une tumeur occupant la partie droite du détroit supérieur et empêchant la descente de la tête fœtale.

Expectative, piqûres de morphine.

Etat général satisfaisant, pas de température, pouls régulier, pas de douleur ; abdomen tendu et sensible.

Engagement de la tête : col dilaté, on ne sent plus la tumeur.

Forceps. Extraction d'un enfant vivant. Délivrance complète

Aggravation de l'état général. Adynamie. Mort au bout de 13 heures.

Le diagnostic de kyste de l'ovaire rompu avait été porté, la laparotomie proposée ne fut pas acceptée.

Observation XXXIX

F. Schwarz. (Gyogyzzat, 1897. N° 40).

Femme enceinte de 6 mois et en travail.

Kyste dermoïde de l'ovaire obstruant le petit bassin et qui ne peut être déplacé.

Hémorragie abondante qui oblige à pratiquer « l'accouchement forcé ».

Au cours de l'extraction du fœtus par la version interne, le kyste se rompit.

Mort le 3e jour de péritonite.

Observation XL

Thiers. (Bull. de la Société méd. chir. de la Drôme, 1911, 16).

Femme de 25 ans, I pare, en travail depuis plus de 24 heures, épuisée.

Poche des eaux rompue, col dilaté.

Tête fœtale non fixée en O. D. T.

Tumeur kystique du volume du poing dans la concavité sacrée.

Tentative vaine de réduction ou de refoulement.

Forceps Brusque rupture du kyste.

Extraction rapide d'un enfant vivant pesant à peine 3 kilos.

Délivrance spontanée. Suites de couches normales et apyrétiques.

Dix mois après, laparotomie pour transformation purulente du contenu kystique sous l'influence d'une grippe infectieuse grave.

Guérison.

Observation XLI

Trillat. (Soc. des Sc. méd. de Lyon, 20 mars 1907 ; Lyon méd., 1907, CVIII 2037).

2 avril 1906. — Femme de 30 ans, I. pare.

Au 8e mois de la grossesse, douleurs abdominales vives.

Amaigrissement, faciès contracté par la souffrance, traits tirés. Ventre tendu et douloureux.

La palpation et l'auscultation font reconnaître un utérus gravide-coexistant avec une tumeur abdominale gauche, saillant dans les régions lombaires et fluctuantes.

L'ensemble des symptômes (pyurie, albuminurie, fièvre, tumeur), conduit au diagnostic de pyonéphrose gauche.

1er mai. — Température 37,6, pouls à 100, urines fétides et purulentes.

2 mai. — Effacement du col. Contractions utérines. Sensation de brûlure dans la région abdominale gauche. Nuit pénible. Vomissements bilieux. Selles fréquentes et diarrhée.

3 mai. — Douleur subite intense, la malade s'écrie qu'elle meurt, les yeux sont démesurément ouverts, la pupille dilatée, frissons, température 37°, pouls 160.

La tumeur du flanc gauche a en partie disparu. La dilatation du col est à 5 centimètres, la poche des eaux se rompt, l'enfant est en sommet, le col est dilatable, les bruits du cœur sont perçus et réguliers.

Malgré la gravité de l'état général et la régularité des battements du cœur fœtal, l'intervention immédiate est décidée.

Laparotomie. Césarienne. Extraction d'un enfant vivant.

Au moment de l'énucléation de l'utérus, issue d'une très grande quantité de liquide hématique.

Kyste de l'ovaire rompu, adhérences lâches avec le rein.

Hystérectomie subtotale.

Mort de la femme dans l'après-midi. L'enfant est en bon état.

Observation XLII

Voron et Frarier. (Bull. de la Soc. d'Obst. de Paris et des réunions. Obst. de Lyon.., 1910, XIII, 72).

Jeune femme, I pare.

Au 6e mois de la grossesse, le Dr Frarier qui l'examine découvre un kyste de l'ovaire obstruant le pelvis.

Il pose le diagnostic de kyste dermoïde.

Tentatives successives et vaines de refoulement. Toute intervention est refusée.

Début de travail à terme.

Rupture du kyste dont le contenu s'écoule dans le vagin.

Descente de la tête fœtale, rotation, dégagement au forceps.

Enfant vivant.

Le kyste s'était ouvert dans le segment inférieur de l'utérus. Il n'y a pas eu de modifications de l'état général.

2 mois après le kyste s'est reproduit. La malade refuse pour le moment toute intervention.

Troisième Série. — Pendant les suites de couches

Observation XLIII

A. C. Butler-Smythe (Lancet, 1896, II, 809).

Femme de 36 ans ayant eu neuf enfants.

Au 4me mois d'une dixième grossesse, on diagnostique dans le côté droit du ventre une petite tumeur mobile, du volume d'une noix de coco.

Accouchement normal à terme.

Augmentation rapide de la tumeur.

20 jours après l'accouchement, douleur profonde dans le ventre, douleur qui dure toute la journée.

La tumeur a disparu.

Guérison.

L'auteur suppose que le kyste uniloculaire s'était tordu puis rompu dix-neuf jours après l'accouchement. Il est remarquable que cette rupture ne se soit pas accompagnée de fièvre ni de rapidité du pouls et qu'elle ne se soit manifestée que par de la douleur.

Observation XLIV

Condamin (Bull. de la Soc. de Clin. de Lyon. 1900 et *in* M. Lafont, Thèse de Lyon, 1900-1901, N° 155, obs. II

Femme de 22 ans, I pare.

Pendant la fin de la grossesse, développement anormal du ventre : sensation de fluctuation au devant de l'utérus.

Accouchement sans incident.

Un jour après, douleurs abdominales, vomissements bilieux, état de péritonisme assez marqué, température à 38°, pouls rapide.

On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire avec torsion du pédicule survenue après l'accouchement.

Opération un mois après.

Issue de matière colloïde. Kyste rupturé, adhérences multiples à l'intestin, l'épiploon, et surtout à la face inférieure du foie.

Guérison.

Observation XLV

R. Favel' (North. of England obst. and gynec. Soc., 14 décembre 1906 ; Lancet, 1907, 1, 27).

Femme atteinte de douleurs abdominales coexistant avec une tumeur, au cours de la grossesse. Accouchement à terme.

Les douleurs continuent.

Quatorze jours après, ponction qui ramène du liquide sanguinolent en notable quantité.

Quelques jours après, ablation d'une tumeur rompue de l'ovaire droit.

Observation XLVI

Wm. Ch. Qrigq. (Brit. Gynœc. Journ., 1886, II, 270, obs, III.)

L..., 23 ans, primipare.

Accouchement en présentation du sommet.

Suites normales jusqu'au troisième jour.

Ascension brusque de la température, qui se maintient élevée jusqu'à l'époque de la mort qui survint le douzième jour après l'accouchement.

Autopsie. — Péritonite généralisée — Un kyste de l'ovaire droit du volume d'une tête fœtale présente une rupture, et son contenu est en partie épanché dans l'abdomen.

Observation XLVII

A. F. A. King (18e annuel meeting of the amer. gyn. Soc., 1893 ; Amer. Journ. of obst., 1893, XXVIII, 88-93.)

VIII pare, 38 ans.

En travail depuis 5 jours.

Une tumeur rénitente remplit complètement le pelvis.

En glissant deux doigts entre elle et le pubis on arrive sur la tête fœtale située au niveau du détroit supérieur et défléchie.

Le kyste ponctionné par le rectum est évacué.

Accouchement spontané par la face d'un enfant mort (circulaire).

La malade quitte l'hôpital.

43 jours après l'accouchement, rentre à l'hôpital : mauvais état général : fièvre, toux, râles pulmonaires, tumeur liquide dans la fosse iliaque droite : par le toucher, on se rend compte qu'elle obstrue le pelvis.

Rupture dans le rectum au cours d'une exploration — expulsion de pus.

Incision et drainage par le cul-de-sac postérieur. Guérison.

Observation XLVIII

M. Khöler. (Wien. med. Presse, 1891, XXXII, 1857)

Femme de 29 ans.

Grossesse avec menace d'avortement.

Accouchement à terme gemellaire par double application de forceps.

Pleuro-pneumonie.

On s'aperçoit alors de la présence d'un kyste qui au bout de quatre mois atteignit le diaphragme et se rompit quelques jours après.

Laparotomie. Guérison.

Observation XLIX

Landau in *L. Pick* (Inaug. Diss. Königsberg, 1896)

Primipare de 26 ans.

Accouchement spontané.

Six jours après, douleur violente dans le ventre, fièvre, signes accusés de péritonite.

Aggravation progressive de l'état général : faiblesse, dyspnée, pouls rapide, tuméfaction nette et dure dans le côté gauche.

Landau fait le diagnostic de torsion d'un kyste de l'ovaire, puis celui de rupture sur la constatation de l'existence de liquide libre dans la cavité péritonéale et de sonorité dans la région occupée antérieurement par la tumeur.

Laparotomie.

Kyste rompu avec torsion d'un demi-tour de son pédicule. Guérison.

Observation L

A. E. A. Lawrence (Brit. med. J., 1893, II, 622 ; Ann. de gyn. et d'obst., 1893, XL, 321, obs. II.)

Plusieurs crises de douleurs abdominales pendant la grossesse.

La délivrance s'accompagne d'une douleur intense dans le ventre.

La parturiente se trouve mal et se remet peu après.

Ventre douloureux avec distension continuelle.

Six semaines après, elle entre à l'hôpital.

Diagnostic d'affection tubaire vague ou de kyste de l'ovaire rupturé.

Laparotomie. Kyste rompu.

Convalescence régulière. Guérison.

Observation LI

Maire et Clergier (de Vichy). (Bull, Soc. d'Obst. et de gyn. de Paris, 1912, 1, 965.)

II pare.

Accouchement spontané. Délivrance artificielle.

On reconnaît alors, à droite de l'utérus, un kyste de l'ovaire qu'un premier examen fit prendre pour une grossesse gémellaire.

Un nouvel examen pratiqué par Maire lui fait reconnaître de l'ascite et une plaque indurée dans le flanc droit.

Il fait le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

La température se maintient au-dessus de 38°. Il survient de la dyspnée : l'abdomen est augmenté de volume : la matité remonte au-dessus de l'ombilic.

Laparo-ovariotomie. Kyste de l'ovaire droit déchiré sur 3 centimètres environ.

La malade quitte le service le dix-septième jour, complètement guérie.

Observation LII

Th. Morse. (Lancet, 1904, II, 1343, Obs. III.)

Femme, mère de sept enfants, en travail au terme d'une nouvelle grossesse.

Le pelvis est partiellement obstrué par une tumeur semi-solide. L'accouchement est obtenu à l'aide de forceps.

Quelques jours après troubles graves de pelvi-péritonite, fièvre, pouls faible et rapide.

Laparotomie.

Le pelvis renferme un mélange de pus, de matière sébacée, de cheveux et de dents.

Kyste de l'ovaire rompu. Ovariotomie Guérison.

Observation LIII

A. Nathan. (Inaug. Diss. Berlin, 1886. Obs. I)

Femme de 24 ans, III. pare, dernier accouchemement difficile. Enfant mort-né.

Quatorze jours après fièvre, ascite.

On reconnaît une tumeur de l'ovaire gauche.

Ablation d'un kyste rompu et adhérent.

Péritonite. Mort.

Autopsie : Péritonite suppurée, métrite, pleurésie avec épanchement et pneumonie droites.

Observation LIV

H. R. Spencer (Trans. of the obst. Soc. d. London [1901], 1902, XLIII, 224)

Accouchement normal chez une femme de 28 ans, porteuse d'une tumeur abdominale reconnue depuis deux ans.

Le troisième jour après l'accouchement, rupture du kyste.

Mort en syncope.

L'autopsie découvre un volumineux kyste rompu en trois places sans adhérence ni torsion.

Le kyste était exclusivement abdominal sans prolongement pelvien.

Observation LV

E. Tison. (Bull. et Mémoires de la Soc. anatom., Paris, 1892, LXVIII, 241)

Femme de 34 ans, VII pare.

Accouchement dystocique avec procidence du cordon

Application de forceps et extraction d'un enfant mort. Délivrance facile.

Le lendemain péritonite : ventre ballonné et très douloureux.

Pouls rapide. Vomissements.

On fait le diagnostic de péritonite puerpérale.

Progressivement le ventre devient moins douloureux. On sent dans la fosse iliaque gauche une tumeur.

On pense alors à un phlegmon du ligament large ou à une tendance de la péritonite à s'enkyster.

On institue un traitement médical.

Température 40°,2.

Nuit mauvaise. Vomissements abondants noirâtres et fétides.

Légère amélioration le jour suivant.

Dans l'après-midi affaiblissement très sensible, pouls filiforme.

La malade succombe cinq jours et 10 heures après l'accouchement.

Autopsie (résumée). — Péritonite généralisée. — Large rupture d'un kyste dermoïde de l'ovaire gauche

Le corps de l'utérus ne renferme pas de débris placentaires.

BIBLIOGRAPHIE

Aronson. — Dissert. inaug., Zurich 1883.

Azaïs (N.). — Des tumeurs liquides de l'ovaire pendant la puerpéralité (complications et traitement). Thèse Toulouse, 1904, n° 577.

Barnes (R.). — The Lancet, 1861, vol. II, p. 105.

— Obstetric operations..., N.-Y., 1870.

— Traité clinique des maladies des femmes. Trad. franç. de Cordes, 1876.

Cousin (P.). — Thèse de Paris, 1877.

Cova (E.). — La Rottura delle cisti ovariche in gravidanza. Annali di Ost. e Gyn., Milano, 1911, XXXIII, II, 269-309.

Doumairon. — Etude sur les kystes ovariques compliquant la grossesse, l'accouchement, la puerpéralité. Thèse de Strasbourg, 1868.

Duffner (P.). — Ruptures et perforations des kystes de l'ovaire. Thèse de Nancy, 1893, n° 353.

Fischel. — Prag. med., Woschenschrift, 1884, 14-16.

Grognot. — Thèse de Paris, 1871.

Hue. — Thèse de Paris, 1883.

Lafont (M.). — Kyste de l'ovaire et grossesse. Adhérences au foie simulant les accidents de torsion du pédicule. Thèse Lyon, 1900, I, n° 155.

Mc Kerron (R.-G.). — Pregnancy and labour complicated by ovarian tumours. Lancet, 1901, II, 737.

— The obstruction of labour by ovarian tumours in the pelvis. Trans. of. the obst., Soc. of London (1897), 1898, XXXIX, 334-382 (Disc. : Herman, Playfair, H. Smith, P. Horrochs, Spencer, Cullingworth) ; *Ibidem* (1898), 1899, XL, 8-13.

— Pregnancy, labour and child-bed, with ovarian tumour. London, 1903, p. 281.

Mégrat. — De la péritonite développée pendant la grossesse. Ann. de Gyn., 1883.

Nepveu. — Rupture des kystes de l'ovaire dans le péritoine. Ann. de Gyn., 1875, t. IV, p. 14.

Nolting. — Thèse de Berlin.

Osterloh. — Arch. de Tocol., 1884, p. 455.

Playfair (W.-S.). — Obstetrics, Text. Bock, 356.

— The surgery of pregnancy and labour complicated with tumours. Lancet, 1901, I, 578.

Pozzi (S.). — Traité de Gyn. clin. et opér. Paris, 4e éd., 1907, II, 1008 et 1036.

Puech et Vanverts. — Tumeurs de l'ovaire et grossesse. Rapp. au VIIe Congrès de Gyn., d'Obst. et de Péd. Lille, 25-29 mars 1913.

Rémy (S.-J.). — De la grossesse compliquée de kyste ovarique. Thèse d'agrég. d'accouchement. Paris, 1886, n° 5.

Sinety (de). — Manuel pratique de Gyn., 1879, p. 612.

Treub (H.). — Art. Tumeurs de l'ovaire, *in* P. Bar, Brindeau et Chambrelent. La pratique de l'art des accouchements. Paris, 1907, II, 366-369.

Waïte (Mary). — Thèse de Paris, 1883.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

INTRODUCTION 9

HISTORIQUE 11

ETIOLOGIE 14

I. Causes de rupture indépendantes de l'état gravidique et de l'état puerpéral 15

II. Les causes de rupture pendant la grossesse 17

III. Les causes de rupture pendant le travail 24

IV. Les causes de rupture pendant les suites de couches 29

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC :

I. Pendant la grossesse 35

II. Pendant le travail 41

III. Pendant les suites de couches 46

EVOLUTION ET PRONOSTIC :

I. Evolution générale 50

II. Evolution et pronostic de la rupture survenue pendant la grossesse 52

1° Au point de vue de la mère 52

2° Au point de vue du fœtus 55

III. Evolution et pronostic de la rupture survenue pendant le travail 57

1° Au point de vue de la mère 57

2° Au point de vue du fœtus 60